

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

JÚLIA DE ALMEIDA ESTEVES

SENDO-FAMILIAR-DE-PESSOA-EM-TRATAMENTO-DE-CÂNCER

**Juiz de Fora
2016**

JÚLIA DE ALMEIDA ESTEVES

SENDO-FAMILIAR-DE-PESSOA-EM-TRATAMENTO-DE-CÂNCER

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

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

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

**Juiz de Fora
2016**

JÚLIA DE ALMEIDA ESTEVES

SENDO-FAMILIAR-DE-PESSOA-EM-TRATAMENTO-DE-CÂNCER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação/Mestrado em Enfermagem em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Maria Carmen Simões Cardoso de Melo - Orientadora
Professora Associada da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Prof^a Dr^a Marléa Chagas Moreira – 1^a. Examinadora
Professora Associada do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu da Escola de
Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena – 2^a Examinadora
Professora Titular da Faculdade de Enfermagem/UFJF

Prof^a. Dr^a Ivis Emília de Oliveira Souza - Suplente
Professora Titular do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu da Escola de
Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a Dr^a Thais Vasconcelos Amorim - Suplente
Professora da Faculdade de Enfermagem / UFJF

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

Esteves, Júlia de Almeida.
SENDO-FAMILIAR-DE-PESSOA-EM-TRATAMENTO-DE
CÂNCER / Júlia de Almeida Esteves. – .
76 f.

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

1. Enfermagem. 2. Enfermagem Oncológica. 3. Familiares. 4. Fenomenologia. I. Melo, Maria Carmen Simões Cardoso de, orient.
II. Título.

*“Ninguém nasce feito, é experimentando-nos
no mundo que nós nos fazemos”.*
(Paulo Freire)

Dedicatória

Dedico essa dissertação a minha mãe, Ana, que não está mais presente,
mas se faz pre-sença a cada instante em minha vida.
Essa conquista é nossa. Amo você!

Agradecimentos

Agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado, me guiando e auxiliando a percorrer o meu caminho, mesmo com todos os empecilhos que pudessem me fazer desistir dessa jornada.

A Nossa Senhora Aparecida, por sua proteção e amparo.

A minha Mãe, Ana, a estrela mais linda do céu, que foi a inspiração desse estudo e motivação para continuar a cada dia. A você, meu amor eterno, admiração, agradecimento e muita saudade.

Ao meu amado pai, Fernando, por todo seu cuidado, amor e apoio em todos os momentos difíceis que passamos. Te amo!

Ao meu querido irmão, Caio, pelos momentos de descontração e apoio, tornando esse caminhar mais agradável e feliz.

As minhas lindas amigas-irmãs Carol e Rapha, que por muitas vezes me ofereceram ajuda para escrever, no intuito de me incentivar a não desistir desse sonho. Vocês são incríveis.

A minha prima-amiga-irmã, Taiana, por ser uma inspiração acadêmica e alicerce na vida. Obrigada por tudo.

Aos meus amigos "Luz", que me alegram e tornam meus dias mais felizes.

As minhas enfermeiras preferidas, Glorinha e Pati, amigas que ganhei na faculdade, que mesmo longe estão tão presente em minha vida.

Aos queridos amigos do mestrado pelo companheirismo. Principalmente a Ju, Dani, Nayara e Fernanda por nossos momentos de alegria e desespero compartilhados. Em especial a Dani e Juh, pelo apoio e amizade construída.

Ao Beto, por estar ao meu lado nas dificuldades que a vida nós laçou, com seu amor e cuidado.

A minha amiga e orientadora, Maria Carmen, que foi um presente de Deus. Por estar-com desde a graduação, com toda sua sabedoria, ensinamento e compreensão. Mas, além disso, o seu carinho e cuidado comigo foram muito especiais. Sem você nada disso seria possível.

A querida Anna Maria, que me acompanha antes mesmo do meu ingresso na UFJF sendo sempre presente. Tanto nos momentos acadêmicos, como em momentos particulares. Obrigada por tantos abraços e lenços.

A Thaís, por seus conhecimentos compartilhados de forma singular e generosa. Agradeço ao destino por nossa aproximação e conversas tão valiosas.

A Laís, por se tornar uma companheira e despende um pouco de seu tempo para me auxiliar na construção desse estudo.

A querida professora Ívis Emília que de forma delicada me auxiliou a enfrentar aos caminhos da fenomenologia. Sua maneira carinhosa e atenciosa de tratar às pessoas a torna muito especial.

A Banca Examinadora por contribuir para o aprimoramento desse estudo.

Aos professores do mestrado, pela competência e responsabilidade em compartilhar os conhecimentos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que proporcionou a realização desse sonho.

A Elisângela, secretária do mestrado, que com seus abraços, conselhos e alegria me arrancavam sorrisos mesmo quando não pensava ser capaz.

A toda a minha família, por seu carinho, amor e incentivo a cada instante.

A FAPEMIG, que me disponibilizou recursos para que eu pudesse me dedicar ao mestrado.

Aos participantes do estudo, que se mostraram receptivos e aceitaram compartilhar o seu vivido, tornando este estudo possível.

Ao hospital cenário da pesquisa, que me ofereceu recursos necessários para que pudesse encontrar e compartilhar os momentos com os familiares.

A todos vocês o meu Obrigada!

RESUMO

O câncer é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, por sua alta incidência, mortalidade e por comprometer a saúde e a qualidade de vida do ser humano, ocupando o segundo lugar nas causas de morte por doença no país, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Este estudo se propôs a responder à questão norteadora: Como é para o familiar vivenciar o processo do tratamento de pessoa próxima contra o câncer? Objetivou-se desvelar o ser-aí-familiar de pessoa em tratamento de câncer. A pesquisa, de natureza qualitativa, foi norteada pela fenomenologia, alicerçada no pensamento teórico-metodológico e filosófico de Martin Heidegger. Foram participantes, dezesseis familiares, entrevistados em encontros mediados pela empatia e redução de pressupostos, ocorridos entre os meses de setembro e dezembro de 2015. A compreensão vaga e mediana permitiu a elaboração do fio condutor de análise. A hermenêutica possibilitou a interpretação do *ser-aí-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer* que se mostrou imersa na cotidianidade, agindo na impessoalidade, impropriedade e inautenticidade. Não se compreende como um *ser* de possibilidades, posto que se mostra no modo do falatório, ambiguidade, curiosidade, decadência e ocupação do estado de saúde do outro. Revela que o familiar cuida da pessoa em tratamento de câncer, mas se esquece de cuidar de si mesmo apresentando problemas psicológicos, emocionais e até mesmo de saúde, decorrentes da sobrecarga do acompanhando de seu familiar em tratamento. Ocupam-se da vida e do estado de saúde do outro, colocando essa como sua prioridade no momento. Percebe-se a fragilidade do familiar em lidar com a situação de doença do outro. Assim, uma abordagem multiprofissional para atender as demandas do familiar, por meio do cuidado psicológico, social, assistência e orientação sobre a situação do outro, se mostra necessária. A partir dos sentidos desvelados nessa pesquisa, evidencia-se a importância de se discutir um novo modo de cuidado *autêntico* a esse familiar que acompanha a pessoa em tratamento de câncer. Pois, o mesmo se mostrou deficiente ou inexistente pela equipe de saúde. Os familiares necessitam de acompanhamento para exercer os cuidados ao outro e para cuidarem de si de maneira autêntica.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica, Neoplasias, Família, Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Cancer is a serious public health problem in Brazil and the world, due to its high incidence, mortality and by compromising health and quality of life of the human being, occupying second place in causes of death by disease in the country, according to the Mortality Information System (MIS). This study aims to answer the guiding question: How is it for the family member to experience the treatment process of a person close against cancer? The aim was to unveil the being-familiar of person in cancer treatment. The research, of a qualitative nature, was guided by phenomenology, based on theoretical-methodological and philosophical thinking of Martin Heidegger. Sixteen family members were enrolled in the study, interviewed in meetings mediated by empathy and reduction of assumptions, occurring between the months of September and December of 2015. The vague and medium understanding allowed the elaboration of conducting wire of analysis. Hermeneutics enabled the interpretation of being-familiar-of-person-in-treatment-of-cancer, who was immersed in everyday life, acting in impersonality, impropriety and inauthenticity. It is not understood as a being of possibilities, since it is shown in speech mode, ambiguity, curiosity, decadence and occupation of the state of health of the other. It reveals that the family cares for the person in cancer treatment, but he forgets to take care of himself presenting psychological problems, emotional and even health, due to the overload of the follow-up of their family member under treatment. They deal with the life and state of health of the other, putting this as your priority at the moment. One perceives the fragility of the relative in dealing with the illness situation of the other. Thus, a multiprofessional approach to meet the demands of the family, through psychological, social, assistance and guidance on the situation of the other, it proves necessary. From the senses unveiled in this research, evidence of the importance of discussing a new format of authentic care to this familiar which accompanies the person in cancer treatment. Because the same was shown deficient or non-existent by the health team. Family members need follow-up to exercise care for the other and to take care of themselves authentically and individually.

Key words: Oncological nursing, Neoplasms, Family, Nursing care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	O movimento pessoal até a situação em estudo	12
1.2	Situação em estudo	13
1.3	Objeto do Estudo	16
1.4	Objetivo do Estudo	16
2	SOLO DE TRADIÇÃO	17
2.1	O Câncer	17
2.2	As Políticas públicas	21
2.3	A Família	23
2.4	A Enfermagem	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO	29
4	CAMINHO METODOLÓGICO	34
5	ANÁLISE COMPREENSIVA	38
5.1	Historiografia	38
5.2	Historicidade	40
5.3	Unidades de significação	46
5.3.1.	Para o familiar que acompanha o processo de tratamento de câncer significa ter que ser forte, por ser difícil e complicado ver o outro sofrendo.	46
5.3.2	O familiar que acompanha o processo de tratamento de câncer significou que o acompanhamento mudou sua vida, rotina e também a questão psicológica, financeira e familiar.	47
5.3.3	O familiar que acompanha o processo de tratamento de câncer significou notar ou não em si alterações físicas e emocionais.	49
5.3.4.	O familiar que acompanha o processo de tratamento de câncer significou envolver-se com o adoecimento do outro e buscar fortalecimento na fé.	50
5.4	A compreensão vaga e mediana dos familiares significando vivência da doença de seu familiar.	53
5.5	O Fio Condutor	56
5.6	Interpretação compreensiva- Hermenêutica	57

5.6.1. O ser-á-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer age na impessoalidade, decadência e ocupação no cuidado ao seu familiar em tratamento de câncer.	57
5.6.2. O ser-á-familiar-de-pessoas-em-tratamento-de-câncer significa o modo da angústia, falatório, ambiguidade e curiosidade.	60
6 CONCLUSÃO	63
7 REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE	70
Instrumento norteador para a entrevista	
ANEXOS	71
Anexo 1 – Autorização do Diretor Clínico da Instituição.	71
Anexo 2 – Autorização da Enfermeira Responsável Técnica	72
Anexo 3 - Parecer Técnico do Comitê de Ética	73
Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75

1. INTRODUÇÃO

1.1 O movimento pessoal até a situação em estudo

Ao iniciar a graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Juiz de Fora, em 2009, me interessava por todas as áreas e não sabia qual delas me chamava mais atenção, enorme fascínio com o curso. Porém, no fim do ano de 2010, acontecimentos pessoais com o adoecimento de minha mãe, me despertaram a aprofundar os estudos e conhecer melhor sobre o câncer e seus desdobramentos.

A partir de então, disciplinas que abordavam a temática do câncer me interessaram de maneira particular e traziam sempre uma inquietação, de como podemos, como enfermeiros, contribuir para a prevenção, controle da doença e melhoria na assistência aos membros envolvidos nesse processo. Diante disso, os estudos que abarcam a prevenção do câncer, promoção da saúde e assistência oncológica são uma busca incessante e se tornaram o cerne de meus questionamentos e pesquisas.

A atuação do enfermeiro com vistas a um agir em prol da promoção da saúde e da prevenção do câncer, tem mobilizado meu interesse desde a graduação, aspecto que norteou à condução do meu estudo de Conclusão de Curso em que foram participantes da pesquisa as acadêmicas de enfermagem e teve como objetivo compreender como os conhecimentos adquiridos sobre medidas de qualidade de vida, promoção da saúde e prevenção do câncer, têm sido adotados por essas participantes. Assim no início do ano de 2014, me graduei e me tornei enfim Enfermeira.

Após essa experiência, e com o anseio de ingressar no curso de pós-graduação *scritu senso* – Mestrado, vislumbrei a oportunidade de manter os meus estudos na oncologia, porém abarcando a perspectiva de outro tipo de espectador da doença, o familiar da pessoa em tratamento oncológico e suas vivências frente ao acompanhamento dos portadores da doença.

Ao imergir na literatura sobre a temática percebi que atualmente já existem vários estudos que abordam os familiares de pacientes portadores de câncer. Observei, porém, que ainda há lacunas quanto à dimensão existencial destes, em referência às questões geradas a partir do processo de adoecimento de um familiar e suas repercussões na vida dos outros membros da família.

1.2 Situação em estudo

O câncer é compreendido atualmente por um conjunto de agravos que têm como características afins a perda do controle da divisão celular e a capacidade dessas células de invadir outras estruturas orgânicas sadias. Surgem em qualquer tecido do organismo, porém alguns órgãos são mais afetados do que outros e estes, podem ser acometidos por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos. Atualmente é responsável pela segunda maior causa de morte por doenças no mundo e no Brasil, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2015).

As neoplasias malignas têm se tornado um grave problema de saúde pública em nosso país, por sua magnitude, crescimento abrupto e mudança do estilo de vida da população brasileira. O diagnóstico e modalidades terapêuticas são demorados e muitas vezes podem ser mutiladores físicos e psíquicos aos indivíduos a eles submetidos (BRASIL, 2012a).

Ao se deparar com um diagnóstico de câncer, o indivíduo apresenta vários sentimentos, dentre eles inquietações e preocupações em relação à doença, uma vez que o futuro torna-se obscuro, pois a ameaça à vida parece tornar-se mais próxima quando o diagnóstico encontra-se estabelecido.

Esses sentimentos surgem mesmo com o alcance da cura e da sobrevivência de pessoas diagnosticadas com câncer, devido aos avanços técnico-científicos das últimas décadas. Entretanto, a cultura, os valores, as crenças e os preconceitos também impostos ao longo do tempo, possuem ainda grande poder em estigmatizar o câncer como uma doença terminal (SALCI e MARCON, 2011).

Depois de revelado o diagnóstico ao paciente, inicia-se o caminho de tratamento, muitas vezes incerto, doloroso, prolongado, que marca e modifica o corpo, choca a família, por vezes afasta os amigos, fragiliza os planos de futuro e torna iminente a possibilidade de morrer. Diante disso, o familiar fica exposto a uma doença assustadora, encharcada de preconceitos e a serviços de saúde que lhe são desconhecidos e angustiantes (LIMA, *et al.* 2012).

A presença deste grave adoecimento repercute sobremaneira nas relações familiares, principalmente, porque a família tem dificuldade para dimensionar as modificações que ocorrerão em seu cotidiano. Especialmente quando não conhecem sobre a doença, as ações a realizar e como cuidar e amparar seu familiar doente. (MATHIAS, *et al.* 2015).

Segundo Biffi e Mamede (2010) observam-se na unidade familiar, dificuldades em relação ao estabelecimento de condutas e comportamentos que promovam o equilíbrio, revelando que os membros desta, necessitam atentar para identificar situações conflitantes a que estarão expostos, para que não venham a emergir discórdias irreparáveis no futuro.

Diante dos encargos socioculturais assumidos pela família, ela se torna essencial após o diagnóstico concreto de uma doença grave como o câncer, tanto pela valorização da função no processo saúde-doença de todos os seus membros, quanto pela elevação da incidência de doenças crônicas que estão ganhando importância crescente nos problemas relativos ao sistema de saúde brasileiro (SENA, *et al.* 2011).

Com o estabelecimento da doença, o indivíduo inicia seu esquema de tratamento para o alcance da cura e/ou controle da doença. Nesse momento, geralmente aqueles mais próximos como parceiro, filhos ou outros membros da família, assumem o cuidado. São pessoas que, de uma hora para outra, se veem obrigadas a lidar com alguém a quem estão estreitamente ligados, e que está fragilizado, física, cognitiva e psicologicamente (COSTA, CASTRO E ACIOLI, 2015).

Nesta ocasião, se deparam com tarefas múltiplas e desafiadoras. Estas incluem aceitar o diagnóstico, administrar o conflito familiar, reprogramar o futuro e, principalmente, auxiliar e até assumir a realização das atividades diárias, acompanhamento às sessões de quimioterapia, radioterapia, consultas médicas e oportunamente prover o suporte financeiro e legal ao paciente (SILVA, PASSOS E BARRETO, 2012).

A família da pessoa em tratamento de câncer vivencia esses momentos com sentimentos diversos, dentre os quais choque, incerteza, impotência no sentido de não saber o que fazer e nem como lidar com o seu familiar adoecido, de modo que se observam famílias que renovam seus valores e tendem a ficar mais unidas, enquanto que as mais vulneráveis, podem se fragmentar e se desfazer. Ao se trabalhar com famílias que estão vivenciando uma doença grave, há evidências de que os membros reagem de maneira diferente, dependendo da estrutura interna de cada um (BOSSONI, *et al.* 2009).

Observa-se a inexistência de um modelo estável de família que possa contar sempre com a disponibilidade de seus membros para assistir às necessidades de um familiar adoecido. É importante atentar para o cuidado familiar, em que se avalia

a estrutura e dinâmica da família em seu contexto sociocultural (MATHIAS, BEUTER E GIRARDON-PERLINI, 2015).

Em geral, a qualidade de vida do doente e de seu familiar está entrelaçada e caminham juntas, uma vez que, geralmente, o familiar empenha-se com dedicação ao cuidado do ente querido. Além disso, o ato de cuidar, por tempo prolongado, o expõe a risco de adoecimento, principalmente daqueles que são únicos e que assumem a responsabilidade pelo cuidado (GONÇALVES, *et al.* 2013).

As dificuldades advindas da condição de ser cuidador de um familiar com câncer poderá trazer as mais diversas alterações na vida destas pessoas e poderá até se refletir em sua saúde. Envolvidos no adoecimento do outro, se tornam vulneráveis a doenças físicas ou mentais, estados de depressão, perda de peso, insônia, ao uso de álcool e de medicamentos psicotrópicos (SILVA, PASSOS E BARRETO, 2012). Para acompanhar esse processo torna-se necessário o aperfeiçoamento e preparo da equipe multiprofissional, para melhor atender esse paciente e sua família com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2008).

Destaca-se a importância de que todo profissional de saúde compreenda as experiências vivenciadas pelo paciente e seus familiares diante do diagnóstico e tratamento do câncer, uma vez que a doença e o próprio termo que a denomina estão vinculados, culturalmente, à morte e sofrimento. A forma como cada indivíduo reage ao diagnóstico depende de inúmeros fatores, incluindo o seu momento de vida (COSTA, CASTRO E ACIOLI, 2015; GOUVEA E COUTINHO, 2016).

É comum emergirem sentimentos de ansiedade, raiva, medo, angústia, culpa e depressão nos familiares e pessoas diagnosticadas, muitas vezes como mecanismo de enfrentamento da doença ou fuga da realidade. Nesse sentido, a neoplasia maligna é uma doença que ainda, nos dias de hoje, está associada à dor, sofrimento e degeneração, ou seja, existe a crença de que o câncer é uma sentença de morte (BOSSONI, *et al.* 2009).

Nesse sentido, o papel do enfermeiro tem relevância incontestável em razão do crescimento da doença, especialmente no que concerne aos seus altos índices de incidência e custos para a sociedade e a economia em geral. É da competência do profissional se responsabilizar por ações que abarcam o “processo educativo, sendo de sua competência divulgar informações à clientela, no tocante aos fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce, orientando para modelos de comportamento e hábitos saudáveis” (BEGHINI, *et al.* 2006, p 03).

As ações educativas são um elemento chave na promoção da saúde desses familiares. Oferecem meios para mudanças de comportamentos, criam espaços em que, familiar e profissional de saúde possam, pelo diálogo, atentar para questões importantes na busca de melhores condições de vida (SILVA, *et al.* 2009).

O enfermeiro e demais profissionais da saúde que assistem o paciente são também responsáveis pelo atendimento prestado aos familiares do mesmo, com o objetivo de auxiliá-los, da melhor forma possível, no desempenho da sua tarefa de cuidar do outro e de si. Suas atividades principais são assistir, educar e gerenciar o processo de atenção ao paciente e seus familiares, para que estes possam alcançar independência e administrar os cuidados necessários de acordo com cada situação. Essas ações educativas permitem que o familiar seja imbuído de autonomia, tanto para o cuidado do paciente quanto para consigo mesmo (LACERDA, *et al.* 2010; OLIVEIRA, *et al.* 2012).

1.3 Objeto do Estudo

A vivência do familiar de pessoa em tratamento de câncer.

1.4 Objetivo do Estudo

Desvelar os sentidos do familiar de pessoa em tratamento de câncer.

2. SOLO DE TRADIÇÃO

A fim de se elucidar a compreensão do objetivo do estudo, mostra-se necessário buscar na literatura o que já foi produzido pela ciência sobre a temática a ser estudada. Segundo Heidegger (2013), as ciências naturais são designadas como “*tradição*” e o caminhar de um estudo se inicia por apreender o “solo de tradição”, o qual representa a *posição prévia* do assunto, o que já é conhecido sobre o câncer e suas interfaces.

2.1 O Câncer

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, vem sofrendo transformações em seu perfil demográfico e epidemiológico. A essas novas características da população brasileira, unem-se os novos estilos de vida e a exposição, cada vez mais intensa, a fatores de risco próprios do mundo contemporâneo e da vida moderna. Esse processo de mudança demográfica trouxe uma alteração importante no perfil de morbidade e mortalidade brasileira, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas, colocando as doenças crônico-degenerativas como novo centro de atenção dos problemas de saúde e morte da população (VASCONCELOS E GOMES, 2012).

Assim, atualmente, o grupo de doenças crônico-degenerativas, ganha importância crescente na morbimortalidade do país e as neoplasias malignas recebem destaque nessa estatística (BRASIL, 2014). Estas são denominadas com o termo câncer que tem origem na expressão grega “*karkínos*”, que significa caranguejo, por seu crescimento anormal e sua tendência de invadir tecidos e órgãos vizinhos que se assemelha ao andar do crustáceo (BRASIL, 2008).

A doença tem como características comum, independente do tipo e localização da neoplasia, o crescimento celular desordenado, contínuo, agressivo aos tecidos e o organismo. Essas células se desviam do seu processo de divisão contínuo e natural, assim tendem a invadir tecidos e órgãos saudáveis, alterando as funções celulares dos mesmos e formando tumores locais ou à distância. Esse processo é gerado pelo descontrole dessa divisão celular, que passa a ser rápida e agressiva (BRASIL, 2012b).

As células que sofrem essa alteração podem assumir características distintas, tornando-se benignas ou malignas. Nas alterações benignas, o crescimento

acontece de maneira anormal ao do tecido que originou, mas de forma restrita, geralmente lenta, com limites e bordas da lesão bem definidos e, não tem a capacidade de invadir órgãos e tecidos adjacentes, porém podem trazer complicações, pela compressão dos mesmos. Nas alterações malignas, o crescimento das células tem um maior grau de autonomia e agressividade, são capazes de invadir estruturas teciduais ao redor e evoluir para metástase, ou seja, penetram na corrente sanguínea e/ou linfática e podem acometer órgãos distantes, de tal maneira que podem ser resistentes ao tratamento, comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos e levar à morte (BRASIL, 2012a).

Quanto ao surgimento das neoplasias, a maioria requer múltiplas etapas que ocorrem ao longo de muitos anos. Assim, alguns tipos de câncer podem ser evitados pela eliminação da exposição aos fatores determinantes. Se modificado a causa do potencial de malignidade que altera as células em fase pré-clínica, ou detectadas numa fase inicial da doença, tem-se uma condição mais favorável para seu tratamento e, conseqüentemente, para sua cura (BRASIL, 2014).

Destaca-se que, câncer é a terminologia utilizada para um conjunto de mais de cem doenças que têm como característica comum a perda do controle da divisão celular e a capacidade dessas células doentes de invadir outras estruturas orgânicas sadias. Pode surgir em qualquer parte do corpo, porém alguns órgãos são mais afetados do que outros, podendo ser acometidos por tipos diferenciados de tumores de acordo com o tecido que origina a alteração celular, sendo mais ou menos agressivos (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde (2012) destaca que o câncer, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica, é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta atualmente. Entretanto, devemos destacar que a terça parte dos casos novos de neoplasias anuais no mundo, poderia ser prevenida. Neste sentido, Bossoni, *et al* (2009) contribuem ao explicitar que o câncer é considerado a doença do século e tem como ponto fundamental a prevenção e o diagnóstico precoce.

Sabe-se que é possível evitar em aproximadamente 30% dos casos novos da doença, através da diminuição ou eliminação dos fatores de risco modificáveis, que são a alimentação, atividade física, exposição aos raios ultravioleta, uso de tabaco e álcool, entre outros. Entretanto a sociedade atual em que vivemos trouxe inúmeras mudanças nos hábitos de vida, com escassez de tempo, aumento no nível de

estresse e problemas psíquicos, divulgação ampla de propaganda das indústrias alimentícias que incentivam o consumo de *fast foods* e ao mesmo tempo a ausência de uma política rígida que faça um bloqueio a comerciais que estimulem o consumo de alimentos e bebidas altamente prejudiciais à saúde (BRASIL, 2008; BRASIL 2012b).

A prevenção e o controle do câncer precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços terapêuticos, pois o crescente aumento do número de casos novos da doença fará com que não haja recursos suficientes para suprir as necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. A consequência serão mortes prematuras e desnecessárias advindas da falta e/ou dificuldade de recursos. Uma vez que, atualmente existe um déficit no sistema público de saúde em acesso eficaz aos métodos de diagnóstico e tratamento imediato as neoplasias malignas (BRASIL, 2014).

O monitoramento da morbimortalidade decorrente das complicações de neoplasias malignas é imprescindível na rotina da gestão de saúde, para viabilizar instrumentos para ações de prevenção e controle do câncer e seus fatores de risco. Esse monitoramento engloba a supervisão e a avaliação de programas, com ações necessárias para o conhecimento da situação e do impacto no perfil de morbimortalidade da população brasileira e suas distintas regiões, bem como um sistema de vigilância com informações necessárias para auxiliar nas análises epidemiológicas para as tomadas de decisões (BRASIL, 2015).

O câncer tem sido considerado como uma das doenças que mais compromete a saúde e a qualidade de vida do ser humano, e no Brasil ocupa o segundo lugar nas causas de morte por doença, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)(BRASIL, 2012a).

No Brasil, a estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o biênio 2016-2017, ressalta para a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos de neoplasia maligna, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país e a ausência de ações preventivas efetivas. A previsão dos novos casos está assim distribuída: o câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil), será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (61 mil), mama feminina (58 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (BRASIL, 2015).

Como o objetivo de reduzir a mortalidade e proporcionar uma melhor sobrevida, qualidade de vida, e maior chance de cura, ações de detecção precoce estão sendo amplamente utilizadas com o intuito de detectar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas quando estão localizadas em um determinado órgão e ainda não se disseminaram para tecidos e órgãos circunvizinhos, o que pode ser feito através do rastreamento e/ou do diagnóstico precoce (BRASIL, 2012b).

O rastreamento é a avaliação de pessoas assintomáticas, através de exames preventivos ou de rotina, com a classificação do indivíduo como passível ou não para a enfermidade de acordo com os achados clínicos. E o diagnóstico precoce, caracteriza-se pela descoberta da doença nas fases iniciais, como a avaliação de sinais e sintomas apresentados pelo cliente, sendo que a exposição a fatores de risco é um sinal de alerta. Entretanto, algumas neoplasias se originam em órgãos onde não é possível fazer o rastreamento e que o diagnóstico precoce é muito raro ou ocasional, devido à falta de sintomatologia na fase inicial da doença. Assim dificultando o diagnóstico e prejudicando o prognóstico do mesmo (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012b).

Os objetivos do tratamento oncológico variam de acordo com o estadiamento da doença e sua localização. Assim, o tratamento pode ser curativo ou para a melhoria da qualidade de vida e prognóstico do paciente. Atualmente são utilizadas três modalidades principais para tratar os portadores de neoplasias malignas, a cirurgia, com a retirada total ou parcial do tumor. Radioterapia, através de radiação no local da massa tumoral. E a quimioterapia, medicações de nível sistêmico que atuam sobre as células tumorais por mecanismos distintos. Essas modalidades terapêuticas podem ser usadas separadas ou em conjunto, de acordo com a resposta de cada neoplasia ao tratamento (BRASIL 2008; BRASIL, 2012a).

Torna-se fundamental para a enfermagem e os demais profissionais de saúde a compreensão das ações que envolvem o paciente oncológico, para melhor assisti-lo. Sabe-se que essas ações englobam a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e também os cuidados paliativos. Segundo a WHO (2002), cuidados paliativos consistem:

“na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares e no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, pela prevenção e pelo alívio do sofrimento, tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual”.

2.2 Contexto histórico e político relacionado ao câncer

A preocupação em se discutir sobre a prevenção e controle do câncer como um problema de saúde pública ganha visibilidade nos anos 30. Com o decreto-lei nº 378, de 1937, criando o Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro, o que se tornaria posteriormente no Instituto Nacional de Câncer. Naquela época, já se vislumbrava uma ampla política sanitária de combate ao câncer em âmbito nacional que fosse capaz de orientar e coordenar as ações preventivas e assistenciais em larga escala, corrigindo e delineando a tendência que já se verificava no Brasil, de se priorizar as ações terapêuticas individuais em ambientes médico-hospitalares (KLIGERMAN, 2002).

Mas foi em 1941, com a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), que as ações de combate ao câncer ganham um caráter nacional, destinada a organizar, orientar e controlar campanhas contra o câncer em todo o território nacional. Com a expansão da campanha anticâncer no país e o aumento dos casos da doença, foi inaugurado em agosto de 1957 o Hospital-Instituto Central (INCA), no Rio de Janeiro o qual seria a sede do SNC e organizaria o atendimentos referentes a oncologia no país. (BRASIL, 2012a)

Em 1980, através de uma ação administrativa denominada co-gestão, aprimora-se o controle do câncer no Brasil. Era uma combinação administrativo-financeira entre os ministérios da Saúde e da Previdência Social para implementação de programas da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (criados em 1967, pelo Decreto nº 61.968). Um deles, o Programa de Oncologia (Pro-Onco), originado da necessidade de o sistema de saúde brasileira unificar a produção de informações sobre o câncer (BRASIL, 2012a).

Com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, estruturas regimentares foram atualizadas e, também em termos da prevenção e controle do câncer, as novas diretrizes vieram reforçar e ampliar aquelas ações (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A Portaria nº 3.535 da Secretaria de Assistência à Saúde, de 1993, cria os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que garante o atendimento

integral aos pacientes com doenças neoplásicas malignas, através de uma rede hierarquizada. Segundo Instituto Nacional do Câncer CACONS são “unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de Alta Complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Estes hospitais devem, obrigatoriamente, contar com assistência radioterápica em sua estrutura física”.

A Política Nacional de Humanização, criada em 2003, também se torna uma estratégia na busca de uma assistência à saúde de qualidade e por consequência auxiliando na construção de uma nova forma de se pensar saúde coletiva, trazendo interferências positivas à promoção da saúde e prevenção do câncer. Esta política estabelece princípios e diretrizes para valorização e comunicação dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2012a; SANTOS FILHO, BARROS E GOMES, 2009).

Em 2005, instituiu-se através da Portaria GM/MS nº 2.439/ 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica, que considera a importância epidemiológica e a magnitude socioeconômica que o câncer vem estabelecendo no país, o risco da doença relacionada a causas evitáveis, a diversidade na distribuição regional das neoplasias, os custos elevados para tratar os casos já na alta complexidade e enfatizando a importância da qualidade da assistência prestada na atenção (Portaria GM/MS nº 2.439/ 2005).

Percebe-se então, a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico cada vez mais precoce. Portanto a portaria institui “medidas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências de cada esfera de governo” (Portaria GM/MS nº 2.439/ 2005).

Em 2006, foi lançando o “Pacto pela Saúde”, um conjunto de medidas institucionais que visam a saúde do idoso, doenças infectocontagiosas, atenção primária, promoção da saúde, mortalidade materna e infantil e combate ao câncer. Essas medidas foram pactuadas entre União, estados e Municípios, objetivando promover inovações nos processos e instrumentos de gestão (BRASIL, 2006).

Assim, em 2010, foi formulada a Política Nacional de Promoção da Saúde, que pretende “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, reformulada em 2013, teve como objetivo de redução da incidência diretamente relacionado às medidas de prevenção e de conscientização da população brasileira. Estas abrangem diminuição da exposição aos fatores de risco para neoplasias malignas e a redução da mortalidade decorrente da incapacidade nacional em detectar o câncer precocemente e tratá-lo adequadamente, através de incentivos financeiros para área de oncologia, capacitação de profissionais de saúde e campanhas de conscientização da população (BRASIL, 2013).

Estas ações, além de caracterizarem a indissolubilidade do binômio prevenção/assistência, prevêem a sua aplicação em âmbito nacional e de forma universal, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (KLIGERMAN, 2002). Com o objetivo de prevenir enfermidades, diagnosticá-las e tratá-las precocemente, estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas, com vistas a minimizar seus efeitos, assegurando ao indivíduo um padrão de vida adequado à manutenção da saúde (THULER, 2003).

2.3 A Família da pessoa em tratamento de câncer

A neoplasia maligna caracteriza-se como uma doença que promove modificações no contexto familiar. No momento em que um membro do grupo familiar recebe a notícia do diagnóstico torna-se necessária a reorganização de seus membros com vistas a suprir as demandas da pessoa doente. Como alternativa para encarar doença, é rotineiro ocorrer à modificação ou renovação de valores e a tendência à união do grupo familiar, aprimorando o entendimento sobre a situação vivenciada e a busca de alternativas para amenizar o sofrimento de todos os membros da família (BARRETO E AMORIM, 2010).

Nesse contexto, é fundamental a introdução de formas de assistência e políticas públicas que propiciem o controle da doença, o tratamento adequado, com alívio de sintomas e a melhoria da qualidade da vida do indivíduo portador de

câncer, bem como um suporte necessário e adequado para a família que o acompanha em todo o processo de adoecimento (FERREIRA, SOUZA E STUCHI, 2008).

O câncer comumente causa debilidades que implicam em uma condição de dependência que, muitas vezes, necessita de maiores cuidados, ora de um familiar, ora de outro cuidador, formal ou informal, ou seja, alguém que possa intervir junto à pessoa. No Brasil, existe uma tradição segundo a qual os cuidados ao familiar doente são de responsabilidade da família, principalmente quando a pessoa que necessita de cuidado for pai, mãe e filhos, devendo estes últimos amparar e ajudar os pais em situações de velhice, carência ou enfermidade. Portanto, há em nosso país uma naturalidade do papel da família como cuidadora (SENA, *et al.* 2011).

Segundo Comassetto (2014) família pode ser entendida como uma relação entre pessoas que convivem em um determinado ambiente seguem uma cultura, unidos por consanguinidade, afinidade ou interesse, e cada membro dessa relação tem seus direitos e responsabilidades estabelecidos.

Assim, compreende-se por família, pessoas que se unem por vínculos e laços afetivos e/ou biológicos e que se identificam com tal (MATHIAS, BEUTER, PELINI, 2015).

A comunicação da confirmação do diagnóstico de câncer ao indivíduo afetado e à sua família, faz com que eles se deparem com difíceis decisões e enfrentamentos. Essa doença se torna um grande desafio na vida destas pessoas, pois todos os membros da família são afetados de alguma forma por essa nova condição, ocasionando, muitas vezes, mudanças nesta unidade e suas configurações, o que impõe importantes desafios para se manter relativamente organizada e unida enquanto se ajusta às necessidades diversas do tratamento (BIFFI E MAMEDE, 2010).

Destaca-se que quando a relação familiar, anteriormente ao diagnóstico da enfermidade é harmoniosa, focalizando suas ações em atividades cotidianas e corriqueiras, buscando o bem-estar de todos seus membros, ao se confrontarem com a doença de um dos seus, a estrutura de harmonia, algumas vezes, se rompendo espaço para cuidar da pessoa doente (MOLINA E MARCONI, 2006).

Segundo Wakiuchi, Salimena e Sales (2015), a instituição familiar se mostra como a mais alicerçada e antiga unidade de cuidados, imersa em uma sociedade e embebida de uma cultura particular.

O envolvimento da família na prestação de cuidados e suporte ao seu enfermo pode resultar em consequências para ambos os envolvidos nesse processo. Pela sobrecarga relacionada à assistência prestada, pela falta de suporte ao seu papel e por estresse, associados aos sintomas da patologia, esses familiares podem ser afetados e isto, interferir em sua dinâmica de vida. Muitos familiares passam a restringir suas próprias atividades para auxiliar nas do paciente oncológico (NETO, TELES E ROSA, 2011; VIEIRA, *et al.* 2013).

Com a assistência ao paciente com câncer, em que sua sobrevida é cada vez maior através das novas terapias utilizadas no tratamento, a família necessita se adequar aos desafios de cuidar de um membro da família e elege um familiar principal para o cuidado, trazendo a esse indivíduo sobrecargas físicas e emocionais (MARCHI, *et al.* 2016).

Quando o cuidado é assumido apenas por um familiar, pode se tornar ainda mais estressante, causando sobrecarga, isolamento e perdas sociais. A dificuldade do cuidar não está somente na realização das tarefas em si, mas também na dedicação necessária para satisfazer as necessidades do outro, em detrimento das suas próprias. Muitas vezes o custo e o tempo de cuidar são maiores do que as horas dedicadas à realização de determinadas tarefas de cuidado. Uma das consequências mais frequentes é o abandono temporário ou definitivo do trabalho remunerado, onde o familiar abre mão de viver sua vida para se dedicar ao seu familiar adoecido (VIEIRA, *et al.* 2013).

Destaca-se a importância do familiar ter tempo e controle de sua própria vida e não viver unicamente em função do doente. Isso só será possível se os cuidados forem compartilhados entre outras pessoas e houver acompanhamento especializado e multidisciplinar por parte dos serviços sociais e de saúde a esses familiares. É assim, necessário favorecer meios para que as pessoas desenvolvam e exercitem hábitos de vida saudável. Recomenda-se sua inserção em programas de promoção da saúde e prevenção de enfermidades, centrados na realização regular de exercícios físicos, alimentação saudável e equilibrada, adoção de medidas profiláticas, como a imunização contra doenças imunopreveníveis entre outras atividades (GONÇALVES, *et al.* 2013).

Em contrapartida, conviver com familiares que apresentam uma patologia grave e que muitas vezes, necessitam de constantes cuidados de saúde, os envolvidos nesse processo podem demonstrar os mais diversos sentimentos que

permeiam este processo, desde cansaço, estresse, exaustão, mas também, bem-estar, afeição e ternura (VIEIRA, *et al.* 2013).

2.4 O cuidado de enfermagem ao familiar da pessoa em tratamento de câncer

O tratamento adequado no combate ao câncer é de extrema importância, mas deve-se lembrar dos aspectos psicossociais da doença, acarretados pelo tratamento, por vezes, mutilador ou pelo temor que acompanha a doença. É visar não somente a cura baseada na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente e de sua família. Dada as importantes modificações no viver das famílias de pacientes em tratamento oncológico, torna-se imprescindível a ampliação dos espaços e o impacto efetivo de atuação do enfermeiro, além da pertinência de ter o sistema familiar inserido no cuidado de enfermagem (ELSEN, *et al.* 2013).

Assim o enfermeiro se mostra fundamental no atendimento ao paciente oncológico e sua família, como citado na Resolução COFEN nº 211/1998 e nº 210/1998 que regulamentam a atuação dos profissionais de enfermagem nos serviços terapêuticos para o câncer. Em consonância com as Resoluções, o enfermeiro deve promover e difundir medidas de saúde preventivas e curativas, através da educação em saúde realizada com os pacientes e familiares, adequando-os as suas realidades.

Conforme a Lei do exercício profissional de enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e o Decreto nº 94.406, de junho de 1987, citados do artigo 4º da Resolução COFEN nº 358/2009, regulamentam que o Processo de Enfermagem, atividade tal que o enfermeiro organiza, legitima e auxilia o seu trabalho, sendo imprescindível sua execução em qualquer ambiente que tenha assistência de enfermagem e deve ser direcionado a pessoa, família e coletividade envolvidos no processo de saúde.

Nesse sentido Sales (2015, p. 02), salienta:

“Diante das mudanças que o câncer acarreta, a enfermagem precisa conhecer as interações e vínculos que se formam entre os familiares e pacientes, de modo a se tornar cada vez mais eficaz no fornecimento de suporte a ambos, fortalecendo as possibilidades de cuidado, visto que, ao estar distante de sua família, o doente, na maioria das vezes, vive a potencialização de seu sofrimento e ansiedade, o que gera sensação de impotência em seus familiares. Destarte, o adoecimento por câncer repercute

no desejo por um cuidado distinto e pessoal, com espaço para o compartilhamento de sentimentos e apoio emocional. Neste sentido, destaca-se a importância da presença familiar no acompanhamento e cuidado ao paciente com câncer, visto que a família pode ser uma aliada na manutenção de sentimentos positivos e na melhoria da qualidade da assistência”.

Os enfermeiros e demais profissionais de saúde devem ter consciência dos modos de vida e contexto social, econômico e cultural o qual o familiar da pessoa em tratamento pertence, para então adequar os seus cuidados de enfermagem ao meio em que o mesmo está inserido, respeitando os seus valores e auxiliando a aderência a qualquer tipo de cuidado prescrito (FERNANDES, *et al.* 2012).

A equipe de enfermagem e a família devem estabelecer uma relação de confiança para que o familiar possa compreender o cuidado do paciente e possa compreender os cuidados e orientações a ele próprio. O enfermeiro enquanto líder de sua equipe precisa salientar que a pessoa doente e o familiar compõe um binômio indissociável e o cuidado deve ser mutuo (SILVA E LIMA, 2014).

A assistência de enfermagem não deve ser restrita à visão terapêutica do indivíduo em tratamento, mas estende-se também a seus familiares e acompanhantes. A enfermagem precisa estar vigilante para perceber as necessidades não apenas do cliente, mas também os que o acompanham, pois ao atender as necessidades físicas, psíquicas e sociais do familiar, pode-se evitar o surgimento de sinais de sobrecarga do cuidado e esclarecer possíveis dúvidas relativas a saúde dos mesmos. (SALES, *et al.* 2012).

Em relação à assistência de enfermagem prestada aos familiares Silva, *et al* (2013) perceberam em seu estudo, o número reduzido de produções sobre a temática, especialmente se for considerado o tempo em que os estudiosos vêm fazendo recomendações sobre a importância da inclusão da família dos pacientes no espectro de atuação da enfermagem. Elucidam como uma provável justificativa para tal fato, a dificuldade para divulgação e reconhecimento das ações do enfermeiro.

“Alguns estudos indicam que a pouca habilidade para escrever e divulgar suas experiências profissionais, o baixo consumo de resultados de pesquisas científicas, a falta de apoio e orientação nessa área, além da falta de incentivo das instituições empregadoras são algumas das dificuldades relatadas por enfermeiros assistenciais para o desenvolvimento e publicação de trabalhos científicos” (SILVA, *et al.* p. 03, 2013).

Porém, fornecer informações e orientações para os familiares ao mesmo tempo pode ser uma maneira para o uso mais racional do tempo e trabalho dos enfermeiros. Assim, embora não seja uma prática rotineira para todos estes profissionais, o trabalho com grupos pode ser uma estratégia eficiente para a assistência de enfermagem aos familiares dos clientes, facilitando o atendimento de suas necessidades de informação, orientação e suporte psicossocial (PEDROLO, *et al.* 2009).

Para um trabalho mais efetivo, a equipe de enfermagem deve orientar, cuidar, promover e coordenar o seu cuidado. Deste modo necessita de profissionais que tenham algumas habilidades para o cuidado e interesse pelo outro, sejam compreensivos, amáveis, receptivos e respeitosos. Além disso, mostrar-se aberto à discussão com outras categorias profissionais, ter maturidade pessoal, disponibilidade de ouvir atentamente e também possuir conhecimento técnico-científico (SALES, *et al.* 2012).

Nesse contexto de um trabalho qualificado e efetivo, nas últimas décadas as produções acadêmicas em enfermagem, através das dissertações e teses, têm se debruçado sobre a temática do câncer na perspectiva de trazer subsídios para a prática do cuidar em enfermagem em oncologia e suas interfaces (ABEN, publicação anual).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Com o propósito de sustentar o objetivo da pesquisa em desvelar os sentidos do familiar de pessoa em tratamento de câncer, o referencial metódico e filosófico de Martin Heidegger mostrou-se uma possibilidade de desvelamento dos fenômenos que envolvem o ser, que por vezes estão encobertos no mundo cotidiano.

O estudo da fenomenologia se iniciou no final do século XIX e início do século XX, na Alemanha, com o filósofo Edmund Husserl (1859-1938). Este se influenciou através de pensamentos de outros estudiosos, como Brentano, Platão e Descartes e desenvolveu a fenomenologia como um método de análise, em contraposição aos pensamentos positivistas da época.

A subjetividade, esquecida no pensamento da época, era o que instigava Husserl, seu pensamento enfatizava a necessidade de considerar o ser humano em sua totalidade, não só as questões objetivas. Propõe uma aproximação entre ciência e filosofia, por acreditar na dimensão crítica e humana (PEIXOTO, 2011).

E posteriormente, os pensamentos husserlianos influenciaram diversos pensadores acerca da fenomenologia, tais como: Martin Heidegger, Alfred Schutz, Jean Paul Sartre, Maurice Merleau-Ponty (GONZALÉZ, *et al.* 2012).

Discípulo de Husserl e comungando de seus pensamentos, Heidegger prosseguiu seus estudos na fenomenologia com sua vertente própria e peculiar. Com sua compreensão de “ser” produz sua grande obra renomada: “Ser e Tempo”, no qual descrever o método fenomenológico a fim compreender o “ser”.

O fenomenólogo visa estudos mais aprofundados na valorização do “ser”, fundamentado em características do existir, na busca da compreensão da experiência vivida pelo *ser-aí (Dasein)*, em seu modo de ser-no-mundo (HEIDEGGER, 2013; MELO E SOUZA, 2012).

A expressão “fenomenologia” significa, antes de tudo, um *conceito de método*. Não caracteriza a quiddidade real dos objetos da investigação filosófica, o quê dos objetos, mas o seu modo, o *como* dos objetos (HEIDEGGER, 2013, p. 66). A discussão da fenomenologia tem por objetivo ir-às-coisas-mesmas, portanto, observar como um fenômeno se manifesta, como se apresenta e, dessa forma, desvendar as possíveis verdades que possam definir modos de cuidar ou ser (HUSSERL, 1990).

Os modos de “ser” indicam as possibilidades e as maneiras de projetar-se na busca do *vir-a-ser* no mundo. Para Martin Heidegger, o homem é a expressão ontológica na facticidade do existir do “ser”. Este “ser” se insere no tempo, e, por existir no tempo, é lançado a constantes mudanças e modificações. As coisas só se revelam na presença do *ser-aí*, ou *Dasein* e a abertura para o mundo está na *presença* da própria condição de mundo. O *ser-aí* doa significados para a vida, velando e desvelando o sentido de sua existência e de seu ser (SEBOLD E CARRARO, 2013).

“O *Dasein*, enquanto ser-no-mundo, é um ser lançado no mundo. Há dois modos de estar-no-mundo, e que consistem na existência autêntica que é um modo próprio de ser, e na existência inautêntica caracterizada como um modo impróprio de ser. A existência autêntica refere-se à propriedade do existir, em que o *Dasein* torna-se si mesmo ao reconhecer-se enquanto um ser de presença, que pretende libertar-se do anonimato e da impessoalidade. Já a existência inautêntica caracteriza-se como uma impropriedade, ou seja, uma esfera da existência que segue sem direção própria. Na inautenticidade, as possibilidades de ser-no-mundo são projetadas nos objetos e o mundo passa a ser o foco de preocupação. Neste modo de existir, o homem evita toda a responsabilidade pessoal, aceitando as opiniões e normas que vêm da massa. O eu individual abandona a possibilidade de “ser si próprio” e perde-se no meio do todo, torna-se anônimo, impróprio” (DUARTE e ROCHA, 2011, p. 02).

Heidegger explicita que o ser permeia nas possibilidades ônticas e ontológicas. A expressão do ôntico está na facticidade do ente no mundo. Em contrapartida o ontológico é o que confere sentido através da manifestação do ôntico. Portanto, as características ontológicas desvelam o *ser-no-mundo*, e os aspectos ônticos representam aos entes (SALES, 2015; HEIDEGGER, 2013).

A compreensão de *ser* é entendida pelo sentido desse próprio *ser*, que é reconhecido inicialmente pelo *ente*, sendo este, o que e como nós mesmos somos. Há relação de dependência entre o *ente* e o *ser*, pois o *ser* é o que demonstra o *ente*, como ele se apresenta e que está sempre de algum modo na compreensão *vaga e mediana* de *ser* (HEIDEGGER, 2013, p. 48).

O *ser* é a maneira como algo se torna presente, manifesto, percebido e conhecido para o ser humano, designado por ele como um ‘*ser-aí*’, pois está inserido em um mundo, não sendo possível a sua concepção como um ser isolado, mas sempre um *ser-no-mundo* (HEIDEGGER, 2013).

Segundo Sales (2015, p.04), o homem:

“... é um ser-no-mundo que existe sempre em relação com algo ou alguém e, neste estado, compreende as suas experiências, estabelece significado próprio aos objetos e entes em seu mundo e dá sentido à sua existência. Nesse sentido, a análise do ser-no-mundo deve levar em consideração todo o contexto histórico, social e individual por ele vivenciado, que influencia seu modo de interagir e relacionar-se com o mundo”.

Na sociedade moderna, o homem se deixa absorver pelas situações e problemas cotidianos, se esquece de remeter a si mesmo e aceita as coisas, simplesmente como são dadas a ele. Dessa maneira, não assumem a sua singularidade e acabam por misturar com as opiniões, características, expressões e modos de ser da maioria, reproduzindo apenas aquilo que veem e não o que realmente sentem. Caem no sentido da decadência heideggeriana, na ilusão de que tudo é compreendido de maneira universal, encobrindo o seu *poder-ser* próprio, privando-se de sua liderança, questionamentos e escolhas (HEIDEGGER, 2013, p. 245).

Assim, podemos expressar o falatório, quando as pessoas baseiam seus pensamentos e questionamentos repetindo o que foi dito a eles por outros e compreendido por outros, mas sem na verdade compreenderem o que eles mesmos dizem, apenas reproduzem o que lhes foi dito (HEIDEGGER, 2013).

Quando se esquece do ser e prioriza-se a busca do ente, o homem se mantém na cotidianidade, torna-se submisso às escolhas do meio e se torna um ser impessoal. Isto pode ocorrer pela submersão do homem em sua rotina, em seus compromissos e afazeres diários, lançado na vida comum, distanciado de sua própria percepção da vida e submetido à condição de sacrificado que é dada pela massificação da sociedade (SEBOLD E CARRARO, 2013).

A fenomenologia heideggeriana se mostra como o caminho possível, em que a Enfermagem tem a possibilidade para investigar os fenômenos que envolvem o processo de cuidar da profissão. Este “cuidado” revela facetas tão singulares e autênticas, que a fenomenologia poderia desvelar as vivências dos profissionais e indivíduos cuidados, conhecendo aspectos da vida dos mesmos que se encontrariam presos pelas distrações do cotidiano de trabalho e que comumente impedem que estes possam agir com autenticidade (DUARTE E ROCHA, 2011).

Segundo os pensamentos de Heidegger, o “cuidado” apresenta-se como um fenômeno existencial básico, que se pode explicar como a base que possibilita a

existência humana, assim, o cuidar é compreendido “como algo inerente ao homem ou um *modo-de-ser* essencial que excede a concepção de um momento de atenção, zelo e desvelo: representa uma ação ou atitude de dimensões maiores, incluindo ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro” (SENA, *et al.* 2011, p. 02). Sob a perspectiva heideggeriana, ao se ocupar do cuidado de alguém, o *ser* do cuidador fica encoberto na pessoa de quem se cuida, portanto, ao investir intensamente no cuidado do outro, este vela o *ser próprio* do cuidador.

O método heideggeriano permite compreender o *ser*, partindo da descrição das situações vivenciadas pelos indivíduos. Constitui-se em interrogar o *ente*, mas questionar o *ser* na busca do desvelamento e assim encontrar o seu sentido. Heidegger procura descrever e compreender as diversas manifestações do sentido do *ser*, em todas as suas dimensões (SEBOLD E CARRARO, 2013).

Em contrapartida e de outro modo, a noção de causa veio a dominar por completo a metafísica ocidental e se estabelecer como fundamento epistemológico das ciências naturais e da saúde. Nesse contexto, o estudo da fenomenologia de Martin Heidegger possibilita ampliar discussões sobre sua contribuição à trajetória metodológica nos estudos de enfermagem, atentando para a pessoa como ser de possibilidades no mundo (MONTEIRO, *et al.* 2006).

Ao emergir nas reflexões acerca do método fenomenológico deve-se compreender a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam não através das causas que a fizeram acontecer. Portanto, como se expressam em suas maneiras, conforme são colocados no exercício do seu *ser-no-mundo* (MELO, 2009).

O método fenomenológico de pesquisa, apresenta-se, então, como um desafio de se questionar as possibilidades de romper o cotidiano diário do trabalho, fixado e regido em moldes pré-estabelecidos, e possibilitar um *modo-de-ser* diferenciado, autêntico. Assim, não um cuidado meramente executado pela ocupação na realização do atendimento, mas, por outra via, preocupado com o outro ao qual é cuidado e que pode significá-lo como bem-estar e conforto do mesmo (SILVA, *et al.* 2013).

Nesta proposição de pesquisa tem-se como alicerce os estudos já construídos no campo da ciência e que constituem o Solo de tradição, para direcionar o olhar à dimensão existencial e ir além desta produção, em busca de

aclarar o que se mostrou na obscuridade. Então se optou pelo método fenomenológico de investigação, fundando-se no pensamento teórico, filosófico e metodológico de Martin Heidegger. Nesta articulação, foi desenvolvida a análise interpretativa para que conceitos do filósofo auxiliem no lançar luz às informações dos participantes e conduzir à hermenêutica com vistas a desvelar os sentidos do familiar de pessoa em tratamento de câncer.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

A abordagem qualitativa se mostrou adequada, sendo que se pretendeu a partir das significações dos participantes desvelar os sentidos do familiar de pessoa em tratamento de câncer.

A proposta desta pesquisa está inserida no grupo: O Cotidiano do Cuidar em Saúde e em Enfermagem, na linha: O Cotidiano Assistencial da Enfermagem Oncológica, que se articula com a linha Fundamentos Teóricos Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A pesquisa foi desenvolvida no Município de Juiz de Fora/MG, em uma instituição filantrópica especializada na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Previamente, foi solicitada autorização à Direção Clínica da Instituição (Anexo 1) e ao Responsável Técnico de Enfermagem (Anexo 2), que abrangia a realização da pesquisa, citação do cenário e divulgação de seus resultados exclusivamente em eventos e/ou periódicos de natureza científica e a garantia da infraestrutura necessária, composta de sala com mesa e cadeira para realização das entrevistas.

Todos os procedimentos seguiram as disposições reguladoras da Resolução 466/12 e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil em abril de 2015, apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF) para análise do atendimento às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos e deve sua aprovação no dia 27 de agosto de 2015.

A etapa de campo só se iniciou após liberação do parecer número 1.164.086, sem nenhuma solicitação de ajuste (Anexo 3) e aconteceram entre os meses de setembro e dezembro de 2015. Ao iniciar o trabalho de campo, foram realizadas visitas à instituição, cenário da investigação para contato prévio, aquisição de conhecimentos sobre a área física do hospital, locais e horários em que seria possível encontrar os familiares e demais informações que viabilizaram a realização das entrevistas. Segundo Melo (2009), a fase designada por ambiência, propicia a desenvoltura do pesquisador, auxilia no bom andamento dos trabalhos e desenvolvimento do estudo.

O término da etapa de campo se deu quando o conteúdo dos depoimentos não apontou novas informações e aquelas obtidas tiveram relevância e consistência para investigar o objeto proposto para a presente investigação. Assim, foram entrevistados 18 familiares, porém dois participantes foram excluídos da pesquisa, por motivos distintos. Um participante por abandonar a entrevista antes do seu término, por motivos próprios e outro não se adequar aos critérios em análise no conceito de familiar abordado pelo estudo.

Foram delineados os seguintes critérios de inclusão para a pesquisa: independente do gênero, ter idade superior a 18 anos, estar acompanhando seu familiar em tratamento oncológico na instituição cenário do estudo e se dispor, depois de informado e suas dúvidas esclarecidas, a participar da pesquisa, voluntária e formalmente com a anuência firmada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 4). Teve-se como critérios para a exclusão os familiares menores de 18 anos e os que não conheciam o real estado de saúde do familiar.

Nessa perspectiva Heidegger explicita o modo de acesso ao ente em que “Visualizar, compreender, escolher e aceder são atitudes constitutivas do questionar e, ao mesmo tempo, modos de ser de um determinado ente...” (2013, p. 42), portanto foi pela “preparação da possibilidade de uma escolha correta do ente exemplar” que se optou pela exclusão dos participantes.

Os encontros aconteceram sem agendamento prévio, com abordagem direta aos familiares que acompanhavam pessoas próximas em procedimentos de quimioterapia, radioterapia, consultas médicas e internações por intercorrências do tratamento, no cenário da pesquisa. Nessa abordagem era explicitada a pesquisa, seu objetivo e questionado ao familiar sua participação. As entrevistas aconteceram em consultórios e no auditório, onde ambos eram reservados previamente pela pesquisadora.

A abordagem aos participantes se deu através de entrevista norteada por instrumento (Apêndice A) composto por indagações abertas previamente formuladas, que permitiram direcionar a conversa para a temática proposta. As indagações foram as seguintes: Como tem sido para você todo este processo de ter uma pessoa próxima em tratamento de câncer? A partir dessa situação, como têm sido a sua vida? Houve mudanças? Me conte sobre isso. E em relação à sua

saúde, como está? Como tem se cuidado? Você gostaria de me falar sobre mais alguma coisa?

Os participantes foram orientados sobre objetivo, justificativa e procedimentos do estudo e esclarecidos que poderiam retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou modificação no modo como são atendidos pelo pesquisador. Para cumprir a garantia do sigilo e anonimato foi utilizada uma lista de pseudônimos de sentimentos e emoções em que os entrevistados optavam por aquele com o qual mais se identificavam.

Por ser um momento delicado na vida dos participantes e que envolve várias emoções e sentimentos, utilizamos dos pseudônimos como tentativa de iniciar o momento empático através da reflexão na escolha do sentimento que o representava. Assim, foram escolhidos por eles os seguintes pseudônimos: Amor, Carinho, Coragem, Esperança, Fé, Força, Fraternidade, Gentileza, Gratidão, Lealdade, Medo, Paciência, Simpatia, Surpresa, Tranquilidade e Tristeza.

Considerou-se como possível o risco potencial da pesquisa, que houvesse desconforto ou constrangimento dos participantes durante a entrevista, ao se dispor a falar das suas vivências no acompanhamento aos familiares em tratamento de doença oncológica. Foi garantido pela pesquisadora o ressarcimento por algum dano que porventura viesse a ocorrer, embora os procedimentos da pesquisa tivessem sido considerados de risco mínimo.

Entretanto e apesar dessa possibilidade, também foi considerada a previsão dos benefícios desse estudo, suas contribuições para os próprios participantes, profissionais de saúde e também para a assistência de enfermagem prestada ao familiar de paciente com doença oncológica. Nesse sentido, espera-se trazer subsídios para o corpo de conhecimentos da enfermagem e a divulgação dos achados se dará apenas em eventos e/ou periódicos de natureza científica.

As entrevistas foram gravadas em equipamento de mídia digital (Mp4), com a finalidade de se obter total fidelidade aos depoimentos. Foi realizado em diferentes locais da instituição, como na capela, consultório médico e também no auditório, com agendamento prévio do espaço. As gravações foram transferidas para CDs, transcritas, acessadas para a análise e ficarão sob a guarda da pesquisadora por cinco anos, sendo posteriormente, destruídas.

A entrevista baseou-se no contexto de uma conversa informal em encontro mediado pela relação de empatia e redução de pressupostos, de modo a dar

abertura à livre expressão dos participantes (MELO, 2009). Essa relação de um encontro existencial se mostrou de extrema relevância para que o participante se revelasse em sua essência, pois foi por meio desta que a pesquisadora abriu possibilidades de que o depoente ficasse à vontade em se despir de seus preconceitos, crenças e valores a fim de atingir a espontaneidade do participante no seu modo de *ser* e sentir (VIEIRA E MONTEIRO, 2011).

As observações e a linguagem não verbal contidas nas interjeições, gestos e emoções foram registradas em Diário de Campo pela pesquisadora. Este se mostrou um instrumento importante durante o processo de análise e elaboração do Relatório Final de Pesquisa. Essas anotações assim como as transcrições das falas na íntegra, foram realizadas imediatamente após cada encontro.

No método fenomenológico as pesquisas tem a possibilidade de olhar as coisas, no modo como se manifestam. Assim sendo, a fenomenologia não procura somente as condições sobre as quais o juízo é verdade, mas, o sentido que fundamenta as atitudes do indivíduo quando ele ama, sente felicidade, adoece, vive. O mesmo se expressa através do discurso, da linguagem, da totalidade das palavras, dos gestos, do silêncio, do tom de voz, da expressão fisionômica e do discurso escrito (MELO E SOUZA, 2012).

A condução deste estudo se orienta na fenomenologia fundada no pensamento teórico e metodológico de Martin Heidegger e sua análise se dará em dois momentos metódicos: a compreensão vaga e mediana e a análise interpretativa ou hermenêutica (HEIDEGGER, 2013). Vários conceitos propostos por Heidegger são utilizados nas reflexões existenciais da sociedade contemporânea. Na área da saúde, em especial na enfermagem têm contribuído para análises de fenômenos relacionados ao cuidado ao paciente e a seus familiares (QUEIROZ E GARANHANI, 2012).

Os procedimentos de análise nos estudos de natureza qualitativa têm seu início já na etapa de transcrição pelo pesquisador o que fundamenta a grande importância dessa fase. Como orienta Melo (2009) todas as informações foram acessadas através de leitura sucessiva e sistemática para a identificação do que é significativo.

5. ANÁLISE COMPREENSIVA

O referencial metodológico de Martin Heidegger sustenta-se em dois momentos metódicos de análise: compreensão vaga e mediana e compreensão interpretativa ou hermenêutica. O primeiro momento metódico compreende a análise compreensiva e identifica os significados atribuídos pelos familiares dos portadores de doença oncológica.

Após distinguir as estruturas essências, que são aquelas que se diferenciam daquelas que são acidentais ou ocasionais. Dessas, se busca a apreensão e organização para constituir as unidades de significação de modo a abrir possibilidades de desenvolver a análise compreensiva dos significados sobre a temática que se quer compreender. Esta etapa é denominada como a Compreensão Vaga e Mediana. Em seguida, pretende-se com a elaboração do fio condutor compreender o significado e então, desvelar o sentido através da hermenêutica (HEIDEGGER, 2013).

5.1 Historiografia

A historiografia é compreendida pela dimensão ôntica dos fatos, que contextualiza o quem do ser-aí-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer. A historiografia é o modo de ser da presença e sempre depende da concepção de mundo dominante e esta presença só é possível com base na temporalidade. “A historiografia mostra o ente originariamente e existencialmente histórico como sendo o seu possível objeto. Encaminha ao pensamento de que o *ser-no-mundo* que se abriu, se projeta em seu *ser* específico e único” (HEIDEGGER, 2013, p. 487).

Assim, na historiografia são apresentadas características factuais dos participantes do estudo, elaboração realizada no intuito de mostrar aspectos pessoais dos familiares. Estas informações foram fornecidas pelos depoentes antes de iniciarmos a entrevista propriamente dita, através de conversas informais do local do nosso encontro inicial ao local que seria realizada a entrevista, que foi norteada por questionamentos previamente preparados para direcionar a conversa à temática de interesse da pesquisa.

PARTICIPANTES	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	PARENTESCO	TIPO DE CÂNCER	MODALIDADES TERAPÊUTICAS
Amor	73	União estável	1º completo	Aposentado	Marido	Pulmão/ Tireoide	Radioterapia
Carinho	23	Solteira	Superior	Estudante	Filha	Mama	Quimioterapia / Radioterapia
Coragem	31	Casada	Superior	Professora	Nora	Mama	Cirurgia/ Radioterapia/ Hormônioterapia
Esperança	27	Casada	2º completo	Do lar	Filha	Pulmão	Quimioterapia
Fraternidade	37	Casada	Superior	Professora	Filha	Estômago com metástas e no fígado	Quimioterapia
Fé	35	Solteira	2º completo	Desempregada	Filha	Garganta	Acompanhamento
Força	64	Casada	1º incompleto	Doméstica	Esposa	Reto	Cirurgia/ Quimioterapia / Radioterapia
Gentileza	38	Casada	Especialista	Professora	Filha	Reto	Cirurgia/ Quimioterapia / Radioterapia
Gratidão	48	Casada	2º completo	Costureira	Esposa	Carcinoma epidermóide (nariz)	Quimioterapia / Radioterapia
Lealdade	42	Solteira	1º completo	Do lar	Irmã	Estômago	Cirurgia/ Quimioterapia
Medo	43	Casada	1º completo	Babá	Esposa	Garganta	Quimioterapia / Radioterapia
Paciência	63	União Estável	2º incompleto	Aposentada	Esposa	Tireoide	Radioterapia
Simpatia	30	Casada	2º completo	Costureira	Filha	Estômago	Cirurgia/ Quimioterapia
Surpresa	48	Casada	2º completo	Comerciante	Mãe	Leucemia	Quimioterapia
Tranquilidade	24	Solteira	2º completo	Auxiliar de contabilidade	Filha	Intestino	Cirurgia/ Quimioterapia
Tristeza	18	Solteira	1º completo	Balconista	Neta	Intestino	Cirurgia/ Quimioterapia

5.2 Historicidade

Para a construção da historicidade, foi fundamental lembrar os encontros, o que se tornou possível através da escuta dos depoimentos e releitura do diário de campo escrito após cada encontro, quando foram realizadas anotações das expressões dos depoentes como momentos de silêncio, sorrisos, sinais de ansiedade e lágrimas.

Amor, o primeiro sentimento a ser escolhido, disse ao olhar a lista de pseudônimos “Amor, porque é o que eu sinto por ela”. Era um senhor, que estava acompanhando sua esposa à seção de radioterapia. Conversei um pouco com o casal e ao fazer o convite ele fez um sinal afirmativo com a cabeça e sua esposa afirmou “Vai bem! Tem que ajudar a moça...”, ele sorriu e fomos até o local de nossa entrevista. Sentou-se no banco em uma distância considerável de mim e tentei me aproximar algumas vezes sem sucesso. Balançou a folha durante toda a entrevista e manteve o olhar sempre para o chão. Relatou estar muito assustado com a notícia repentina do diagnóstico; sua esposa se encontrava na primeira semana de tratamento. E ao ser questionado como estava sendo para ele a vivência e acompanhamento da esposa na atual situação seus olhos se encheram de lágrimas.

Carinho, estava sozinha na recepção aguardando a mãe em sua seção de quimioterapia. Durante a entrevista respondeu as perguntas de forma sucinta. Em alguns momentos da entrevista os seus olhos se enchiam de lágrimas, e ela rapidamente mudava de assunto para não chorar, mas ao fim das questões norteadoras ela se emocionou e as lágrimas rolaram. Por isso, quando terminei as perguntas agradei a sua participação e desliguei um dos gravadores. Indaguei se ela gostaria de conversar mais um pouco, no intuito de acalmá-la, nesse instante ela suspirou e desabafou. Relatou que estava muito pesado, que estava tudo por conta dela e do pai. Que os dois tinham que ter muita paciência, pois a sua mãe estava oscilando o humor em decorrência do tratamento, e que ela não poderia se aborrecer para não afetar o sistema imunológico. Disse que a mãe não contou para ninguém o seu diagnóstico, apenas ela, a irmã e o pai sabiam e que isso era muito difícil, pois o tratamento quimioterápico é muito aparente, e que a família e a população da pequena cidade onde moram, comentavam sobre o assunto e ela não podia falar nada.

Coragem, estava acompanhando a sogra hospitalizada. As duas se encontravam na sala de TV na unidade de internação e conversei um pouco com as duas, expliquei quem eu era e o motivo para estar ali. No caminho até o local da entrevista fomos conversando, me contou um pouco sobre o caso de sua sogra e falou da tranquilidade com que a família lida com a doença, uma vez que as outras irmãs da paciente também tiveram o mesmo problema e que por ela estar em acompanhamento, descobriu a doença no início. Relatou que sua vida continuava com a mesma rotina e que vai ao hospital quando não tem mais ninguém para acompanhar a paciente.

Esperança, escolheu esse pseudônimo justificando ser o sentimento que a move nessa fase do tratamento da mãe, pois os médicos disseram que não há mais o que ser feito. Estava na sala de TV da enfermaria e no meio de muita gente conversando, ela estava ali quietinha, mexendo no celular. Aproximei-me e após me ouvir explicar a proposta da pesquisa, disse que aceitava. Foi até o quarto avisar a mãe que se ausentaria por alguns minutos, pois iria conversar comigo, me apresentando para sua mãe, que me lançou um breve sorriso e fez um sinal afirmativo com a cabeça. Durante a nossa conversa mencionou inúmeras vezes em Deus crendo na recuperação de sua mãe, relatou uma evidente melhora depois de dias de internação e que não iria desistir, mesmo sabendo do prognóstico médico. Mencionou que após sua estadia no hospital com sua mãe e por presenciar mulheres jovens já doentes, começou a repensar seus hábitos de vida, tem pensado em se cuidar, melhorar sua alimentação e qualidade de vida para evitar o adoecimento.

Fraternidade, filha e esposa estavam em volta do leito, quando me aproximei. Apresentei-me, conversei um pouco com os três, expliquei o motivo pelo qual estava fazendo aquela visita. Na mesma hora a filha olhou para a mãe e disse que ela que iria participar. Quando nos afastamos, relatou que seu pai não sabia do diagnóstico, pois a equipe médica e os familiares acharam melhor não contar, por não ter um bom prognóstico, além de seu pai não lidar bem com questões de saúde e doença. Seus olhos encheram de lágrimas algumas vezes durante a entrevista e disse que ainda estava muito abalada com a notícia da doença e principalmente o quanto ela estava avançada, ao que se referiu como uma “guerra perdida”.

Fé, ao escolher o pseudônimo relatou que devido sua proximidade e união com a mãe, seria difícil escolher apenas um sentimento, mas que naquele momento

o que elas mais tinham era fé de que tudo daria certo, mesmo sua mãe estando em fase terminal, segundo os médicos, conforme comentado pela mesma. Durante nossa conversa estava visivelmente tremula, cabeça baixa, mexia as mãos de forma repetida e chorou em inúmeros momentos da entrevista. Relatou que não era a primeira vez que sua mãe era hospitalizada por problemas decorrentes da doença, porém dessa vez não havia mais o que fazer, e ouvir isso doía muito. Mostrou-se ansiosa e preocupada com sua saúde, por não estar se cuidando e disse que já sente as consequências disso. Também, mencionou que estava apreensiva por deixar seu marido sozinho em casa, no papel de ser o único a manter a vida financeira da família, pois ela teve que sair do emprego para cuidar da mãe. “Tadinho do meu marido, está lá sozinho, não estou cuidando dele e ele ainda está mantendo tudo sozinho!”.

Força, estava na sala de espera dos acompanhantes, enquanto o seu marido fazia a quimioterapia. Encontrava-se na primeira fila, distante dos outros acompanhantes, na poltrona ao lado da parede, onde fazia uma peça de tricô cor de rosa.

Gentileza, estava na sala de espera da radioterapia acompanhando sua mãe, conversando com outras duas pacientes, enquanto sua mãe permanecia quieta e distraída ao seu lado. Apresentei-me às três que conversavam e na mesma hora ela se levantou e disse “eu aceito!”. Olhou para sua mãe e deu algumas recomendações de pontos que ela não poderia esquecer-se de mencionar durante a consulta. Questionei se queria ficar com a mãe para participar da consulta. Ela me disse “Não! Quero conversar com você...”. Fomos até o auditório conversando, mencionou se estava muito feliz, pois sua mãe havia terminado o tratamento no dia anterior e estavam ali para a consulta final do esquema da radioterapia. Relatou sobre o impacto que a doença trouxe na vida de toda a família, pois o seu pai, durante o tratamento da mãe, também teve problemas graves de saúde, o que dificultou ainda mais, pois tiveram que se dividir em cuidados com os dois. Mas, relatou que mesmo com toda dificuldade que estão enfrentando, a família se uniu e apontou isso como algo positivo em relação à doença. Deus e a crença religiosa estão muito presentes em toda sua fala.

Gratidão, a sala estava vazia, poucas pessoas no canto oposto ao dela, estava quietinha com a cabeça baixa quando me aproximei. O simples fato de me sentar ao lado dela, fez com que ela se emocionasse e lágrimas escorreram de seus

olhos de forma descontrolada. Perguntei se ela queria conversar um pouco. Ela continuou chorando e não me respondeu. Então eu lhe perguntei se poderia segurar a sua mão; ela sem dizer nada, estendeu a mão... Quando ela se acalmou, me apresentei e perguntei o porquê estava ali, respondeu que seu marido estava fazendo a programação para mais 10 sessões de radioterapia e que a médica havia dito que essas sessões extras poderiam deixá-lo cego, pela proximidade da área de irradiação. Conversamos um pouco sobre o assunto até ela se acalmar e fomos para o lugar onde seria realizada a entrevista. No caminho me contou que havia se casado há apenas nove meses, e que Deus havia lhe colocado na vida do marido para cuidar dele, portanto não poderia fraquejar, mesmo com todas as dificuldades. Durante a maior parte de seu depoimento mencionou a força que busca em Deus para suportar a situação, que o Senhor lhe colocou no caminho do marido para cuidar dele e que é Ele quem dá forças para ela continuar forte. Voltou a se emocionar várias vezes no decorrer da entrevista.

Lealdade, acompanhava seu irmão que estava hospitalizado recuperando de efeitos colaterais de sua primeira sessão de quimioterapia. Durante nossa conversa relatou a dificuldade de toda a família em lidar com situação, e que se sentia sobrecarregada por ter que o acompanhar, além de cuidar dos pais idosos e de sua filha de 7 anos, que também tinha problemas de saúde. Mencionou como foi difícil receber o diagnóstico “Parece que o mundo desaba. Porque eu o levei, só para fazer um exame!”. Diz que desse momento em diante parou de cuidar de si, para assumir o cuidado aos outros e que isso já tinha trago consequências graves a sua saúde.

Medo, ao escolher o pseudônimo afirma que foi o primeiro sentimento que teve ao receber a notícia do diagnóstico, um sofrimento lembrado por experiências anteriores da doença em outros familiares. Mas afirmou que naquele momento sentia esperança, mas escolheu o medo por tudo que passou no início. Relatou que a descoberta foi muito difícil, sentiu muito medo de perder o marido e que o mesmo sofresse muito com o tratamento. Justificou a mudança de sentimentos, pela melhora e recuperação do marido e na crença em Deus. Demonstrou muita fé, esperança e confiança para continuar acreditando na reabilitação do companheiro, explicitou na frase “há tempo de nascer, e há tempo de morrer, e o dele não é agora!” Em alguns momentos relatou que está sendo difícil lidar com tudo, em outros disse que está tudo bem e que lidam muito bem com a doença.

Paciência, durante a entrevista mexia no papel o tempo todo e manteve um olhar baixo. Relatou não ter mais uma boa relação com o companheiro, disse que ainda vivem na mesma casa, tem união estável legalmente, mas são separados. Disse que o ex-companheiro descobriu a doença à 4 anos, mas se recusou a tratar e atualmente o quadro se agravou, não tendo possibilidades de cirurgia, mas vai iniciar o tratamento com radioterapia, pois já tem um comprometimento das cordas vocais e se não tratar, em razão da expansão tumoral, ele pode não conseguir se alimentar e até, respirar. Afirmou não estar sendo fácil, pois é a única pessoa que ele tem para acompanhá-lo, que são muitos exames e consultas. Assim tem que sair muito de casa para estar com ele. Diz que não gosta e não sabe lidar com essas “coisas de doença”. Relatou que não está bem, que não tem conseguido se alimentar direito, que tem emagrecido, mas não atribui isso ao adoecimento do ex-companheiro. Disse que vai morar com ele só até o final do tratamento e depois vê o que faz de sua vida.

Simpatia, acompanhava a mãe que permanecia internada há algum tempo, devido à intercorrências da doença. Durante nossa conversa, mencionou que tem sido muito difícil esse momento do agravamento da doença e internação de sua mãe. Por morar em outra cidade, fica dividida entre os cuidados à filha pequena e à mãe adoecida, pois, quando está em casa fica preocupada com a mãe que está longe, e quando consegue vir ficar com a mãe, sua filha tem que ficar com sua sogra e isso também a preocupa. Relata que esse processo do adoecimento da mãe tem sido muito sofrido e doloroso para toda a família, que não imaginavam que isso aconteceria com eles. Que essa doença gera muito sofrimento a todos. Mas afirma que todos se mobilizaram para auxiliar nos cuidados, principalmente a irmã, que saiu do emprego para ficar responsável pelos cuidados da mãe.

Surpresa, mãe de um adolescente de 15 anos internado na enfermaria pediátrica. No caminho até onde seria realizada a entrevista, ela me contou um pouco de como era sua rotina com o tratamento de seu filho. A empatia entre nós, fluiu tão bem que, antes de fazer qualquer pergunta, ela já havia contado toda a sua trajetória até o momento. Permanecia inquieta na cadeira, durante toda a nossa conversa. Relatou que não era o primeiro filho que apresentava a doença, pois a filha mais velha teve um sarcoma, aos 8 anos, que foi tratado no estado de São Paulo, pela gravidade do caso e complicações do tratamento. Mencionou que grande parte de sua força era por já ter vivido a mesma experiência, o que lhe

ajudava a compreender um pouco mais a situação. Entretanto, disse que naquele momento, ela e o marido estavam apreensivos em relação à possibilidade do transplante, por ser algo novo e desconhecido ao casal.

Tranquilidade, respondia ao que era perguntado e não se prolongava nos assuntos. Estava na sala de espera da quimioterapia, aguardando a mãe em sua terceira sessão. Relatou morar com a mãe, a avó materna e seus irmãos menores. Que ao receber a notícia o desespero tomou conta da família, por sua mãe ter criado a ela e aos irmãos, sozinha e ser a única referência da casa. Disse que chorou muito e só pensava na morte da mãe, pelo medo que tinha da doença. Mas amigos próximos auxiliaram a encarar e entender melhor sobre o câncer, assim acalmando suas angústias e acreditando na recuperação da mãe. Mencionou que a doença trouxe muitos problemas e preocupações, mas que teve como ponto positivo a aproximação entre mãe e filha. Pois não tinham uma relação amigável antes, e com o adoecimento da mãe, as duas se aproximaram e a relação entre elas estava bem melhor.

Tristeza, adolescente de 18 anos. Cheguei a um quarto da enfermaria, só um leito estava ocupado e distante dela, tinha uma moça na janela de costas. Aproximei-me da paciente, ela relatou que aquela moça era sua neta e que era para eu conversar com a mesma para trata-la melhor. Durante a entrevista ela disse que é muito difícil a situação, ver a avó sofrendo em uma cama de hospital. Mas que pelo fato da avó ser alcoólatra a família não sabe se ela em casa é o melhor, “porque se ela sair ela bebe, e se ficar internada, ela fica sofrendo”. Relatou que, nos momentos de abstinência, a avó é agressiva com as pessoas, o que faz com que todos se afastem dela e assim, a família só se aproxima em momentos hospitalização. Comentou que a avó tem quatro filhos e o seu pai é o único que se preocupa, cuida e busca manter acompanhantes com ela no hospital. E que o pior é ver o seu pai sofrendo com tudo isso, sem poder fazer nada.

5.3 Unidades de Significação

5.3.1. Para o familiar que acompanha o processo de tratamento de câncer significa ter que ser forte, por ser difícil e complicado ver o outro sofrendo.

Não é fácil para gente não “né”... porque... ninguém é... autossuficiente “né”... “pra” suportar assim... essa coisa, porque a gente tem que ser forte o bastante para não deixar a pessoa deprimida (...) Tem hora que a gente fica “né” (começa a chorar) chorando, triste... (silêncio) é muito difícil sabe... (...) É difícil para mim ser forte sabe, eu sei que Deus escolheu a gente, mas eu tenho pedido muito a Deus “ Oh Deus, tira de mim essa tristeza, essa angústia sabe, de vê ele assim...” (chora). **Gratidão**

Foi mais difícil a primeira vez do que “tá” sendo agora, apesar de ser assustador (...) Você sabe que eu acho que é surpresa, porque eu jamais pensava que isso ia acontecer com o (...) Ah... é difícil, complicado... Mas no ponto assim de, de como que eu posso falar assim, emocional... É difícil (...) fica meio perdido. **Surpresa**

Aí muito difícil mesmo nossa... Tanto pra mim, quanto pra família também “né” (...) (começa a chorar) Mesmo eles me dando uma força, acaba sobrando pra um só, que é o meu caso... E às vezes eu acho que eu não vou dá conta, muito pesado (...) e perto dele a gente não pode “tá” demonstrando muito as coisas “né”... E quando a gente descobriu que ele “tava”, era eu que “tava” com ele, aí... parece que o mundo desaba assim na gente “né”. **Lealdade**

Difícil...Pesado... porque a gente sabe que não tem... não tem saída “né”, é uma... uma guerra perdida (...) É...no caso dele é... (os olhos se encheram de lágrima). **Fraternidade**

Muito difícil (...) eu já nem tenho mais lágrima para chorar (...) Não é fácil! (...) E perto dela eu me faço de forte (...) é complicado (...) ainda mais quando é sua mãe “né”(...) Choro muito, porque é complicado (fala chorando) Da outra vez foi tranquilo, porque eu vi resultado, sabe, eu vi resolvendo, eu vi ela forte. E dessa vez, a gente está nadando, nadando e morrendo na praia. **Fé**

Então assim, fácil não tem sido, mas “né”... tem que saber levar dessa forma (...) mas assim eu tenho minhas esperanças (...) Isso, “tá” reagindo então assim é uma esperança mesmo, mas ao mesmo tempo dá um certo medo, uma apreensão, mas eu tenho esperança... (risos). **Esperança**

Muito complicado, a pessoa fica muito... é... emotiva, descontrolada, uma hora ela “tá” bem, uma hora ela “tá” mal, uma hora ela “tá” pensando uma coisa e outra hora ela já “tá” pensando em outra, uma hora ela quer fazer uma coisa... é bem difícil (escorre uma lágrima). **Carinho**

Difícil... porque minha mãe me criou sozinha, então somos dois “irmão” menores. Aí no comecinho fiquei com muito medo, porque pra mim ia ser só morte (...) chorei muito... Mas agora eu “tô” mais tranquila. **Tranquilidade**

A gente “tá” encarando “né”, não tem que ficar... se lamentando não. **Gentileza**

... num primeiro momento foi sofrimento (...) Então assim, eu tive muito medo (...) assim que eu descobri, eu já assim via a morte na minha frente, eu já achei assim que ele ia morrer (...) Hoje eu já tenho esperança (...) mas parece que eu quero ter esperança, sabe assim (...) No início eu achei difícil, mas agora eu já acostumei ... **Medo**

Ah pra mim não é muito fácil não... Por que... todos os exames tem que ir junto, “sô” só... ele só tem a mim como acompanhante. **Paciência**

Doloroso “né”. Bem sofrido “né”, porque a gente não imagina... um parente ter esse tipo de sofrimento, é bem... bem complicado... **Simpatia**

È triste (...) e para ela é muito difícil, aí a gente acaba sofrendo né (...) aí vendo o meu pai sofrer, sofre também... **Tristeza**

Está sendo bem difícil, “né”. Porque o negócio não é fácil não... é muito trabalhoso... E a gente também fica muito sentido “né”, porque uma noticia dessa rápido, do jeito que foi, “tá” doido. Para mim que já convivia com ela à quantos anos... **Amor**

5.3.2. O familiar que acompanha o processo de tratamento de câncer significou que o acompanhamento mudou sua vida, rotina e também a questão psicológica, financeira e familiar.

Mudou, mudou tudo minha filha... Se agora eu já vivia para ele, eu vivo mais “né” (risos). **Gratidão**

Ah houve mudança por causa da rotina de médico, de tudo “né”... É, na minha nem tanto, mas assim, como houve no do meu marido, afeta a gente, com certeza, “né”... **Coragem**

Ah as mudanças são assim, a gente abandona tudo “né”... vive por conta daquela situação “né”, igual a minha filha “tá” lá (...) Essa situação em si, sabe de ter que largar tudo, parar a vida, sabe, você pára a vida. **Surpresa**

...aí eu tenho as minhas coisas em casa (...) tem uns problemas lá (...) então eu tenho que “tá” mais perto, mas acaba num dando não (...) que aí que eu não como mesmo, num paro, eu só ando correndo, tudo que eu faço é correndo, porque o tempo é pouco (...) e assim que é minha vida (...) o caso dele era sério... Aí daquele minuto pra frente a vida mudou completamente... Mudou mesmo, nossa... **Lealdade**

A minha vida... pessoal “tá” parada, “né”... Eu tive que parar tudo para pode acompanha-lo. **Fraternidade**

Muita mudança, nossa minha vida mudou toda. Eu tinha emprego e eu não tenho mais emprego, é... não paro mais em casa e não tenho tempo para cuidar de mim (...) nem na cantina eu não vou (...) minha vida virou de cabeça para baixo, eu estou sem rumo (...) Verdade... Até financeiramente minha vida mudou, é... porque só o meu marido “tá” trabalhando, sabe... E eu vivo de aluguel, imagina, complicou minha vida um pouco, mas vale a pena...**Fé**

Eu deixo minha família, deixo meu filho com outra pessoa... “né”, e eu tenho ficado esses dias fora de casa, então assim “né”, tem uma certa dificuldade (...) Então, eu comecei a ver de uma forma diferente porque (...) ela assim, a vida toda ela fumou, então assim, foi uma coisa errada que ela fez lá no começo que afetou tudo isso... **Esperança**

É, houve mudança... eu tive que ir embora para lá, (cidade dos pais), porque eu morava aqui ... (olhos enchem de lágrimas) não trabalho, não faço nada, só dentro de casa, “né”... só isso. **Carinho**

... só quando eu venho pra cá que eu tenho que... um pouco de mudança no meu serviço, que eu tenho que adiantar tudo para poder “tá” aqui com ela (...) “Tô” mais próxima a minha mãe agora... Nesse sentido...**Tranquilidade**

Ah muitas, aí emendei com a licença maternidade a licença acompanhamento (...) A vida mudou bastante, a noite ela tem ficado com o pai - minha filhinha - para eu poder trazer minha mãe. **Gentileza**

Houve mudança no serviço né, porque não tô indo trabalhar todo dia, isso gera uma preocupação. **Medo**

Mas eu ainda trabalho, entendeu. Aí é uma correria danada...

Paciência

Mudou muito porque às vezes eu tenho que me deslocar de lá (mora em outra cidade) pra cá, eu fico lá preocupada querendo fazer as coisas e não tem como...**Simpatia**

Mas muda, por que... ela é mãe do meu pai, então meu pai sofre muito. **Tristeza**

Porque agora eu fiquei preso “né”... Como que eu vou... e porque eu não posso deixar ela sozinha. **Amor**

5.3.3. O familiar que acompanha o processo de tratamento de câncer significou notar ou não em si alterações físicas e emocionais.

... eu tenho assim no meu estômago uma queimação, e assim, na verdade eu tenho sentido muita dor no corpo sabe (...) dor no pé, dor na pontinha dedinho do pé que agora resolveu doer, uma queimação do lado do pé direito, dói aqui assim, no meio da perna... **Gratidão**

Ah num “tá” muito boa, mas tem que “tê”, ou é um ou é outro né... comecei a ter problema de pressão... colesterol “tá” um pouco alto... “né”...mas... fazer o quê? (...) mas eu te confesso que... eu “tô” bem sobrecarregada, que é muito difícil (...) num é que eu senti mal, mas é que eu “tava” sentindo que eu precisava começar a cuidar de mim para cuidar dos outros “né”... Alias eu “tava” me sentindo muito cansada, muito desanimada, aí ele viu a pressão aí “tava”... “tava” 16 (...) eu nunca tive pressão alta... aí o colesterol está um pouco alto. **Lealdade**

Ah, num tenho me cuidado muito não (risos) (...) Sabe, então eu tomo remédio de pressão, tomo remédio pra síndrome do pânico. Aí... até pouco tempo atrás, até eu tava mais assim, tentando pelo menos tirar o remédio da síndrome do pânico, eu tava tentando me afastar, estava procurando outros métodos, “tava” fazendo acupuntura para ver se me ajudava mais, sabe tudo... mas agora eu voltei de novo a tomar, porque comecei a me sentir mal de novo, eu tive que segurar no medicamento, né. **Surpresa**

Meu cabelo “tá” caindo, eu tive crise nervosa (...) eu tive crise de vesícula, eu não consegui falar, eu só, só chorei (...) Não tenho me cuidado, eu só fui ao médico mesmo porque me deu crise de vesícula, e eu sou sem vergonha mesmo “né” (...) alimentar mal, de não está comendo direito, (...) Não durmo

bem de noite, não como direito, não sinto fome. (...) Então assim, eu estou com emocional totalmente assim, abalado. Do tipo assim, a pessoa fala “banana” e já começou a chorar. **Fé**

Afeta o nosso... é... psicológico de ficar muito tempo no hospital, o emocional (...) a alimentação “né”, eu ... (risos) como muita coisa indevida, até então eu tinha uns problemas de estômago, porque eu não me alimentava direito... (...) Então assim eu agora eu tenho visto eu me cuidando melhor, procurado a me alimentar melhor “né”, não só por isso, mas assim... “né” pela a minha saúde mesmo. **Esperança**

Eu emagreci um pouco “né”, porque a gente come menos, fica na correria... Mas tenho sim, tenho me cuidado, as vezes desmarco médico, eu “tô” com meus (risos)... “tô” com um ultrasson que eu já desmarquei duas vezes, aí quando eu marquei de novo, aí... opa, essa semana é a semana de quimio, **Gentileza**

Tô perdendo peso, num tenho conseguido comer direito, mas não é por causa disso não, num sei. É muito problema... Aí eu já tenho um pouco de dificuldade de alimentar, agora então piorou tudo. **Paciência**

Inclusive eu até peguei a endoscopia “né”, porque o “gastro” dela deu para nós três fazer, vê se tem algum problema, meus irmãos fizeram e não deu nada não, eu não fiz ainda não. Não, tive tempo ainda para parar, para poder fazer exame, ir ao médico, não tive ainda tempo não. **Simpatia**

“Tô” bem... **Carinho**

“Tô” bem... **Coragem**

Tudo bem... tem nada não. **Força**

Da minha? (...) Normal. **Medo**

Bem... **Tristeza**

5.3.4. O familiar que acompanha o processo de tratamento de câncer significou envolver-se com o adoecimento do outro e buscar fortalecimento na fé.

...mas eu não quero deixar ele sozinho e ele num, ele quer que eu fique perto dele “né”... Eu vivo mais para ele... (...) às vezes minha família fala “ah...” O meu irmão que traz a gente “né”... (...) a nossa fortaleza vem de Deus, a gente fica assim “né”, questiona Deus porquê e para quê, a gente não tem o direito nem de questionar não (...) pela fé vencendo, é vencendo cada dia mata gigante, matando um leão... e a gente vai com

fé, mantendo em fé, porque sem fé em Deus a gente não suporta isso não (...) **Gratidão**

É nós estamos por conta do X agora (...) eu fico direto (...) eu fico em cima, eu pergunto tudo, eu indago tudo, e fico de olho se “tá” sentindo alguma coisa ou outra, eu fico muito ali atenta... Então, eu fico mais segura ficando aqui... Perto da família, dos amigos, então assim é mais fácil... levar por um lado, assim por esse lado... (...) sozinha, assim sozinha não, porque “tá” minha mãe minha família, sabe... (...) vai aparecendo um amigo daqui que vai dar uma força, então os caminhos vão se abrindo de alguma forma. (...), muita oração a gente reza muito, nós somos muito católicos então, a família toda “tá” muito unida em oração, sabe... “Pra” fortalece “né”, de alguma forma a gente se fortalecer, e tentar passar por isso da melhor maneira “né”. **Surpresa**

...e a minha vida se tornou a vida da minha mãe e... eu vivo a vida dela, o que ela precisa em primeiro lugar, ela em primeiro lugar sempre, ela em segundo, ela em terceiro, ela em último, todo em relação a ela. Eu não tenho tempo para nada, nem para lavar o cabelo, não dá para fazer mais nada... é todo por ela.. **Fé**

Aí foi quando eu assumi mais, “trazer” a minha mãe... Aí a médica me deu até um atestado de acompanhamento, pedindo licença no trabalho... “Tô” trazendo a minha mãe, “né”... Igual, meu sobrinho e minha irmã ficam por conta do meu pai, que ficou 12 dias no hospital... ele... como não “tá” andando, precisa de apoio. **Gentileza**

Aí eu sempre que dá eu venho, eu posso... (...) venho e fico no hospital com ela (...) eu tive, fiquei vinte dias, é durante dia e noite com ela, para poder revezar meus irmãos, bem dolorido... (os olhos se enchem de lágrimas) E aqui ela “tá” com, ela mora com meu irmão, meu irmão mora próximo dela “né”, porque antes ela “tava” morando com a minha irmã, minha irmã saiu do serviço, desse processo da cirurgia... Aí ela ficou com ela, e agora a pouco tempo ela voltou, a uns três, quatro meses atrás “pra” casa aí “tá” com meu irmão.(...) quando às vezes eu deixo a minha filha com a minha sogra. **Simpatia**

...porque ela tem o meu pai e mais quatro filho, só o meu pai se preocupa... só o meu pai corre atrás pra manter alguém no hospital com ela. **Tristeza**

...pra vim aqui eu tenho que vim junto, ela não pode ficar sem um acompanhante, tem que vim junto, acompanhante... “né”. **Amor**

Na verdade eu que faço tudo “né”... e... tanto pra ele quanto pros outros, porque... tem meu pai e minha mãe também que já “tá” de idade... eu que cuido... então, com mais esse problema dele, aí fica mais complicado ainda... porque... eu que levo no médico, ele faz tratamento aqui (...) ele fez a “quimio” eu que trazia, ele veio pra internar e eu que “tô” acompanhando... é muito difícil... Eu tenho (irmãs), mas acontece que... elas também não pode... (...) como elas ficam em casa para cuidar de quem “tá” lá, é eu tenho que fazer aqui... (...) Eu passo o dia com ele e à noite meu irmão vem, porque, por causa da minha menina pequena, aí num dá pra mim ficar, aí meu irmão vem e dorme com ele. Na medida do possível eu não posso nem me queixar não, porque a minha família é até muito unida, meus irmão sabe, muito unido, mas...

Lealdade

(...) assim, tentando colocar... “né”, manter as coisas em ordem, mas... fica em segundo plano “né”...fica tudo em segundo plano, agora a prioridade é ele (...) meu pai tem outros filhos, do primeiro casamento, mas não tem contato, então, assim, “sô” só eu e minha mãe... e meu marido me ajudando... Então “só” eu que “tô”... eu e meu marido que levamos pro hospital... E tudo mais... **Fraternidade**

(...) a gente está pensando em por “megahair” nela, aí eu vou cortar meu cabelo e colocar... tem que cortar, “né”. (...) tem o meu pai, eu... só!(...) mas ela não contou para ninguém... (...) mas ela não quis contar para ninguém da família... (...) É... a minha irmã ela não mora lá, ela mora em (outra cidade)... fica só por minha conta... **Carinho**

É... mais dois irmãos, são menores num... Num vão querer vim... **Tranquilidade**

E também eu vou pela fé, que “A tempo de nascer e tempo de morrer”... **Medo**

...então assim eu tenho me fortalecido “né”, eu tenho me fortalecido em Deus, sou cristã (...) **Esperança**

... só, só... ele só tem a mim como acompanhante. **Paciência**

5.4 A compreensão vaga e mediana dos familiares significando a vivência da doença de seu familiar.

Os participantes expõem que não é fácil ter um familiar em tratamento de câncer, uma vez que eles devem se manter fortes e confiantes, para não transparecer o seu medo e conseqüentemente “deixar a pessoa deprimida”. E muitas vezes não conseguem ser fortes referindo sentimento de impotência diante a situação vivida. E se apegam na crença e na fé em Deus para suportar a realidade.

Destacam que o diagnóstico e o processo de adoecimento é um momento difícil, citam expressões “mundo desaba”, “guerra perdida”, por ser uma notícia que nunca se espera receber e surge quando menos se espera. Significam ser uma situação muito complicada, uma vez que ninguém deseja ver um familiar doente e sofrendo.

.Se sentem divididos por ter que deixar outras pessoas da família, em que por vezes também demandam cuidados, para cuidar do filho, marido ou mãe hospitalizado ou em acompanhamento. Alguns familiares alegam ser difícil a situação por assumirem sozinhos o acompanhamento do paciente em internações, consultas, exames e tratamentos, citam expressões como “sobrando para um só, que é o meu caso”, “sô só... ele só tem a mim...”

Significam que é muito difícil, doloroso, pesado, não só para eles, mas para a família como um todo e principalmente para o paciente que vivencia toda a situação. Expressam a dificuldade em lidar com a possibilidade de morte, sendo algo “muito difícil”, “complicado”, “uma guerra perdida”, “nadando e morrendo na praia”. E que mesmo com o diagnóstico inesperado e todos os transtornos do tratamento, ainda perseveram na esperança da melhora do familiar adoecido.

Existem as dificuldades em lidar com o familiar, em vê-los sofrer e lidar com as questões emocionais dos mesmos. Alguns depoentes referem medo da doença e disseram que só pensavam na morte do familiar.

Relatam abandonar tudo para cuidar do familiar doente, deixando o cuidado próprio para viver a vida e as necessidades do outro. Além disso, destacam a mudança na rotina para acompanhar o familiar as sessões de quimioterapia, radioterapia, consultas, exames e internações decorrentes do tratamento. Dificultando a realização de atividades que faziam parte da rotina antes, deixam a família, marido, filhos e emprego para estar como familiar em tratamento oncológico. Alguns expõem que a modificação da rotina foi tão grande e abrupta que se sentem

“perdidos” e “sem rumo”. Outros têm com dificuldade, as viagens recorrentes para receber atendimento especializado, o que demanda mais tempo alterando ainda mais a rotina do familiar que acompanha o paciente.

Expressam a preocupação com o trabalho, alguns tiveram que deixa-los para o cuidado com o outro. E os que ainda se dividem nas tarefas de acompanhante e trabalho, se preocupam com as faltas, atrasos e licenças que surgem em decorrência do momento vivido de dupla jornada. Alguns apontam como alternativa o auxílio de outros membros da família para equilibrar a questão financeira, pela ausência do trabalho.

Expressam que em muitos momentos tem que deixar outro familiar, principalmente filhos, que necessita de cuidados com outra pessoa, para que possam acompanhar o portador de doença neoplásica nas demandas do tratamento. Gerando preocupações por não conseguir realizar suas funções de mães, pais, filhas, filhos e esposas como gostariam. Além disso, refletem o esquecimento dos cuidados com si mesmos, pela dificuldade do dia a dia da doença, não consegue dormir bem, se alimentam mal, vivem em uma eterna correria para ficar o maior tempo possível ao lado do familiar adoecido.

Houve situações em que trouxeram bons sentimentos da aproximação da relação familiar, seja a família com um todo ou relação entre o familiar e doente. Por uma questão de necessidade, por serem únicos nos cuidados com o doente e passarem maior parte do tempo juntos, ou por auxílio de todos os membros da família em prol de um objetivo comum, a recuperação do familiar portador de câncer. E que o tempo no acompanhamento do familiar, tem despertado uma nova forma de pensar em sua própria saúde.

Os participantes expõem que o acompanhamento do adoecimento do familiar tem trazido repercussões as suas saúde, tanto física como psicológica. No aspecto físico, sintomas antes inexistentes, como dores musculares em várias partes do corpo sem explicação aparente, problemas de estômago, emagrecimento acompanhado ou não de falta de apetite, insônia, queda de cabelo, alterações de pressão arterial e colesterol entre outros.

A questão psicológica e emocional vem sendo abalada por falta de tempo de realizar tarefas rotineiras, pela sobrecarga de cuidar do familiar por falta de tempo. Assim, apresentando sintomas de fragilidade, choros fáceis, crise nervosa, entre outros.

Reconhecem que não estão se sentindo bem, que há algo de errado com sua saúde, mas que no momento não podem se preocupar com si próprios, pois a prioridade é recuperação do familiar em tratamento oncológico, quando dizem “num ‘tá’ muito boa, mas tem que ‘tê’, ou é um ou é outro né...”, “não tive tempo para parar”. Percebem que há a necessidade de cuidar de si, para conseguirem cuidar dos outros, mas a falta de tempo e a sobrecarga de tarefas tem sido um empecilho para tal atitude.

Sinalizam o adoecimento de outros membros da família, que após o tratamento apresentaram doenças que também demandam cuidados. Assim, a família teve que se reestruturar para dividir-se e atender a todos os membros que dela necessitavam.

Muitos assumem não cuidar de sua própria saúde e disseram que mudaram a forma de pensar em relação à vida e saúde, após a vivência e acompanhamento de um familiar em tratamento de neoplasia.

Demonstram que a fé tem sido um alicerce para conseguir manter-se firmes e confiantes no resultado do tratamento, que muitas vezes é difícil suportar tanto sofrimento, mas a esperança vem da crença em Deus de que tudo ficará bem. Dizem que a família também ora para a melhora do familiar e que essa oração coletiva os fortalece.

A respeito do cuidado com o familiar doente, muitos relatam que assumem o acompanhamento e os cuidados sozinhos. Uns por opção, que se sentem mais seguros e tranquilos assumindo o cuidado, mesmo tendo o apoio de outras pessoas, como pai, filhos, marido e irmãos. Ou pelo simples fato de não terem outra pessoa que possa auxiliá-los nessa tarefa. Dizem também, que os familiares doentes preferem serem cuidados por eles, assim se sentem envolvidos na tarefa, se afastando o mínimo possível.

Alguns participantes expõem que o paciente possui outros familiares que poderiam auxiliar nos cuidados, mas esses não o fazem, assim tendo que assumir os cuidados sozinhos.

Expressam que no momento atual, vivem para a vida do doente, as necessidades do familiar em tratamento é a prioridade. E o que diz respeito a suas próprias vidas está em segundo plano.

Os familiares mencionam em outro momento que tem o apoio de outros parentes e amigos para encerrar a situação vivida, fato que os tranquilizam e

auxiliam na tarefa que muitas vezes se torna pesada. Uns possuem a ajuda com o próprio paciente em tratamento oncológico, em seu acompanhamento as modalidades terapêuticas e consultas. Outros descrevem que o apoio a eles acontece em casa, para assumirem o cuidado dos que ficam, principalmente dos seus filhos pequenos.

Desse modo, também abordaram a sobrecarga física e emocional por esse familiar não ser o único doente da família a inspirar cuidados. Assim tendo que se dividir no cuidado duplo ou às vezes múltiplo para auxiliar a todos aqueles que necessitam.

5.5 O Fio Condutor

A partir da análise compreensiva, obtive a compreensão Vaga e Mediana dos significados dos participantes. O que possibilita, segundo Melo (2009), a construção do fio condutor em direção à análise. Assim, com a união dos *caputs* das Unidades de Significação, construímos o conceito de ser, através do fio condutor. Para o ser-á-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer significou: **Ter que ser forte, por ser difícil e complicado ver o outro sofrendo. O acompanhamento mudou sua vida, rotina e também a questão psicológica, financeira e familiar. Notar ou não em si alterações físicas e emocionais. Envolver-se com o adoecimento do outro e buscar fortalecimento na fé.**

Após a construção do Fio Condutor dos significados, parte-se para o segundo momento metódico do método de pesquisa. Na possibilidade de desvelar os sentidos do familiar de pessoa em tratamento de câncer – Hermenêutica fundamentada no pensamento de Martina Heidegger.

5.6 Interpretação compreensiva- Hermenêutica

Findado o primeiro momento metódico, com a compreensão vaga e mediana, inicia-se o segundo momento metódico, partindo para a dimensão ontológica na possibilidade de desvelar os sentidos do ser através da hermenêutica.

Segundo os significados manifestados sobre a vivência de ser-aí-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer, buscar-se a possibilidade de clarear sentidos que estavam velados ou encobertos na dimensão ôntica. Nessa perspectiva de desvelar facetas do fenômeno, utilizou-se o método de pesquisa baseado no pensamento de Martin Heidegger, que por meio do fio condutor em que se captaram as estruturas do ser através do ente, emergindo a possibilidade de uma compreensão mais aprofundada da problemática ontológica (HEIDEGGER, 2013).

O modo como os familiares significaram a sua vivência possibilitou compreender que seu modo de ser corresponde aquele de ser dos entes na cotidianidade. Em Heidegger, “*ser* diz sempre *ser* de um *ente*, o que resulta como *interrogado* na questão do ser é o próprio ente”, assim é preciso interrogar o ente em si mesmo, para revelar a possibilidade de apreender o ser. “Elaborar a questão do ser significa, portanto, tornar transparente um ente - que questiona - em seu ser” (HEIDEGGER, 2013, p. 42).

5.6.1. O ser-aí-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer se mostra na impessoalidade, decadência e ocupação no cuidado ao seu familiar em tratamento de câncer.

O ser se relaciona na cotidianidade, com o mundo das pessoas e das coisas. O familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer não compreende seu modo próprio de ser no mundo como é. Diante desta *facticidade* da cotidianidade ele não se percebe como ele mesmo, estando lançado na *decadência*, que segundo Heidegger (2013, p.237), “constitui justamente um modo especial de *ser-no-mundo* em que é totalmente absorvido pelo “mundo” e pela co-presença dos outros no impessoal”.

O familiar está e se relaciona no mundo de maneira imprópria, em um modo impessoal e inautêntico. Este modo de ser, não deve ter interpretação negativa, é apenas e simplesmente o seu modo de ser no mundo circundante em que está inserido, por estar envolvido com o adoecimento do outro e suas atividades cotidianas, não questionando o modo próprio das coisas e das pessoas.

A *impessoalidade* de estar lançado na cotidianidade e a ocupação do outro, colaboram para um possível distanciamento de si mesmo, um afastar-se de si próprio, sendo que a fuga de si mesmo é compreendida como decair da presença no impessoal e no “mundo” das ocupações (a saúde do familiar). Este modo *impessoal* no agir do familiar em relação a si mesmo, a distância do seu próprio *ser-no-mundo*, no momento que se pre-ocupa com o outro pode ser compreendida por:

O impessoal pode, por assim dizer, permitir que se apoie impessoalmente nele. Pode assumir tudo com a maior facilidade e responder por tudo, já que não há ninguém que precise responsabilizar-se por alguma coisa. O impessoal sempre “foi” quem... e, no entanto, pode-se dizer que não foi “ninguém”. Na cotidianidade da presença, a maioria das coisas é feita por alguém de quem se deve dizer que não é ninguém (HEIDEGGUER, 2013, p. 185).

Assim, ele não compreende quem ele é, e sim que o seu familiar em tratamento de câncer necessita de seus cuidados. Sua vida e suas ações estão voltadas à vida do outro, como um *modo de ocupação* dirigida às atividades impostas pelo cotidiano, de ser responsável pelo bem estar do outro, mantendo e sustentando dessa maneira o modo impessoal do ser.

O *ser-aí-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer* não se compreende como um *ser-no-mundo* dotado de possibilidades de ser e estar no mundo, não se apropria de si mesmo e de seu modo autêntico de ser. Estando imerso na cotidianidade e impropriedade, permanece na inautenticidade em seu ser (HEIDEGGUER, 2013).

O modo de agir na *decadência* está presente no cotidiano dos familiares, pois os mesmo não escolheram vivenciar tal situação, assim *ser-aí-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer* está lançado à facticidade da doença oncológica em seu familiar, se vê na impropriedade do momento vivido. Desse modo a *decadência* está intimamente ligada à presença e ao *estar-lançado*:

“A *decadência* não determina apenas existencialmente o *ser-no-mundo*. O turbilhão também revela o caráter de mobilidade e de lance do *estar-lançado* que se pode impor a si mesmo na disposição da presença. O *estar-lançado* não só não é um “feito pronto” como também não é um fato acabado. Pertence à *facticidade* da presença ter de permanecer em lance *enquanto* for o que é e, ao mesmo tempo, de estar envolta no turbilhão da impropriedade do impessoal. Pertence à presença que, sendo, está em jogo o seu próprio ser, o

estar-lançado no qual a facticidade se deixa e faz ver fenomenalmente. A presença existe faticamente.” (HEIDEGGER, 2013, p. 244)

O ser-aí-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer age no modo da ocupação. Ocupando-se do mundo do outro e omitindo o seu próprio modo de *ser-no-mundo*, não se reconhece como um *ser de possibilidades*, limita-se à dor vivenciada pelo familiar e pela sua própria dor, frente o adoecimento do outro, não se permite ir além dessa condição. “Modos de ocupação são também os modos *deficientes* de omitir, descuidar, renunciar, descansar, de todos os modos de “ainda apenas”, no tocante as possibilidades da ocupação.” (HEIDEGGER, 2013, p.103).

Compreendendo a perspectiva do modo de *ocupação* dos familiares, que vivenciam a doença e tratamento da pessoa com câncer, desvelou-se que os mesmos afastam-se de *ser-com* os outros de seu convívio, como marido, filhos, irmãos e amigos. Para *ser-com* o familiar em tratamento do câncer, e faz dessa condição sua referência principal e sendo *presença* nela. “O ser-com determina existencialmente a presença, mesmo quando o outro não é, de fato, dado ou percebido. Mesmo o estar só da presença é ser-com no mundo. Somente *num* ser-com e *para* um ser-com é que o outro pode *faltar*.” (grifo no original) (HEIDEGGER, 2013, p.177).

A relação entre o ser-aí-familiar e a pessoa em tratamento de câncer que existe através dos cuidados, do apoio e da presença um na vida do outro. Para Heidegger (2013, p.359), ao “ser com os outros e no ser em relação aos outros reside, portanto, uma relação-de-ser de *Dasein a Dasein*”.

Os familiares significam temer a morte de seu familiar em tratamento de câncer, e sendo-com eles a pre-sença no cuidado em vida. “A morte dos outros, porém, torna-se tanto mais penetrante, pois o findar da presença é “objetivamente” acessível. Sendo essencialmente ser-com os outros, a presença pode obter uma experiência da morte. (...) A morte se desvela como perda e, mais do que isso, como aquela perda experimentada pelos que ficam.” (grifo original) (HEIDEGGER, 2013, p. 311 e 313). Significam através das falas: [eu já assim via a morte na minha frente, eu já achei assim que ele ia morrer (...)]; [porque pra mim ia ser só morte (...)] chorei muito...; [Difícil...Pesado... porque a gente sabe que não tem... não tem saída “né”, é uma... uma guerra perdida (...)].

5.6.2. O ser-aí-familiar-de-pessoas-em-tratamento-de-câncer significa o modo da angústia, falatório, ambiguidade e curiosidade.

O ser-aí-familiar-de-pessoas-em-tratamento-de-câncer se angústia frente ao sofrimento do outro. Traduzidos através de suas expressões e referem como a dificuldade do momento vivenciado na família [aí muito difícil mesmo nossa... Tanto pra mim, quanto pra família também]. [Muito difícil (...) eu já nem tenho mais lágrima para chorar]. [Está sendo bem difícil, “né”. Porque o negócio não é fácil não...]. [Não é fácil para gente não “né”... porque... ninguém é... autossuficiente “né”... “pra”, “pra” suportar assim... essa coisa, porque a gente tem que ser forte o bastante para não deixar a pessoa deprimida].

“A angústia retira, pois, da presença a possibilidade de, na decadência, compreender a si mesma a partir do “mundo” e da interpretação pública. Ela remete a presença para aquilo por que a angústia se angustia, para o seu próprio poder-ser-no-mundo. A angústia singulariza a presença em seu próprio ser-no-mundo que, em compreendendo, se projeta essencialmente para possibilidades (...). A presença como ser-no-mundo entrega-se, ao mesmo tempo, à responsabilidade desse ser (HEIDEGGER, 2013, p. 254).

O *ser-aí* pode desviar-se na sua compreensão de ser e decair no mundo, possibilitando o temor, que se interpreta como a angústia imprópria. Como não se compreende um ser de possibilidades, este não ultrapassa a impropriedade da angústia e daí, advém o seu temor nas modalidades do pavor, horror e terror (HEIDEGGER, 2013). O familiar se angustia, mas não na forma da angústia própria existencial, reconhecendo-se um ser-no-mundo, e sim na impropriedade, impessoalidade e inautenticidade do cotidiano.

O temor e suas modalidades estão presentes nos significados expressos na cotidianidade do ser familiar. O pavor apresenta-se como uma ameaça de algo conhecido, próximo, que se manifesta subitamente sobre o *ser-no-mundo*. Heidegger descreve o pavor como algo que “na verdade ainda não, mas a qualquer momento sim, subitamente se abate sobre o *ser-no-mundo* da ocupação, o medo se transforma em pavor. O referente do pavor é de início, algo conhecido e familiar” (Heidegger, 2013, p. 202).

O pavor está expresso nos significados dos familiares ao relatarem complicações da doença do outro, mencionam que já são próximos da doença, mas que algumas modificações do estado de saúde dos seus familiares aparecem de

forma súbita e os causa preocupação. [Foi mais difícil a primeira vez do que “tá” sendo agora, apesar de ser assustador (...)]; [Da outra vez foi tranquilo, porque eu vi resultado, sabe, eu vi resolvendo, eu vi ela forte. E dessa vez, a gente está nadando, nadando e morrendo na praia].

O ser-aí-familiar significa também o horror que segundo Heidegger (2013, p. 202) compreende-se pelo “(...) o que ameaça, possuir o caráter de algo totalmente não familiar, o temor transforma-se em horror”. Portanto, os familiares relatam a descoberta do diagnóstico do câncer como algo distante a eles, e que quando revelado causou medo e apreensão. São esses os significados: [Não é fácil para gente não “né”... porque... ninguém é... autossuficiente “né”... “pra” suportar assim... essa coisa]; [... num primeiro momento foi sofrimento (...)] Então assim, eu tive muito medo (...) assim que eu descobri, eu já assim via a morte na minha frente, eu já achei assim que ele ia morrer (...)]; [E a gente também fica muito sentido “né”, porque uma notícia dessa rápido, do jeito que foi, “tá” doido].

O outro momento constitutivo do temor é o “terror”, descrito por Heidegger “(...) somente quando o que ameaça vem ao encontro com o caráter de horror, possuindo ao mesmo tempo caráter de pavor, a saber, o súbito, o temor torna-se, então, terror” (2013, p. 202). Assim os significados dos familiares permeiam os três momentos constituintes do temor.

O modo de ser do familiar no *fatalório* é desvelado e compreendido pela comunicação não casual, em que se repetem falas com linguagem técnica que lhe foram ditas por profissionais da saúde através de acompanhamento nas consultas, vistas no leito de internação ou conversas informais. Apenas repetem o que foi dito por todos e para todos, não evidenciando novas interpretações conceituais. Reproduzem o que o outro diz e de modo ambíguo, o familiar pensa que compreendeu quando na verdade ainda não o fez (HEIDEGGER, 2013).

“A falação é a possibilidade de compreender tudo sem se ter apropriado previamente da coisa. A falação se previne do perigo de fracassar na apropriação. A falação que qualquer um pode sorver sofregamente não apenas dispensa a tarefa de um compreender autêntico, como também elabora uma compreensibilidade indiferente da qual nada é excluído.” (HEIDEGGER, 2013, p. 232 e 233).

Para Heidegger (2013, p.237) (grifo original) “A curiosidade liberada, porém, ocupa-se em ver, não para compreender o que vê, ou seja, para chegar a ele

renovada, mas *apenas* para ver (...). Por isso, a curiosidade caracteriza-se, especificamente, por uma *impermanência* junto ao que está mais próximo”. Assim a *curiosidade* se mostra quando os familiares ocupam-se em ver, procurar saber e tentar conhecer a situação de saúde do outro e não em compreender o que está sendo visto, lido e dito a ele.

A *ambiguidade* é desvelada quando os familiares de pessoa em tratamento de câncer mencionam que estão “bem” para cuidar do outro, mas ao serem questionados sobre sua saúde, relatam alterações físicas e emocionais pelo acompanhamento do familiar. Demonstrem dificuldade de compreender sua própria situação vivida.

“Tudo parece ter sido compreendido, captado e discutido autenticamente quando, no fundo, não foi. Ou então parece que não o foi quando, no fundo, já foi. A ambiguidade não diz respeito apenas ao dispor e ao tratar com o que pode estar acessível num uso e numa fruição, mas já se consolidou no compreender como um poder-ser, no modo do projeto e da doação preliminar de possibilidades da presença” (HEIDEGGER, 2013, p. 238).

Na questão relacionada à saúde do ser familiar, o mesmo se mostra ambíguo por pensar que compreendeu seu estado de saúde quando na verdade não compreendeu. Mas também, por compreendê-lo quando na verdade pensa que não o fez. O modo ambíguo de agir do familiar se mostra nas significações: [Ah num “tá” muito boa, mas tem que “tê”, ou é um ou é outro né...]; [Ah, num tenho me cuidado muito não]; [Não, tive tempo ainda para parar, para poder fazer exame, ir ao médico, não tive ainda tempo não]; [“Tô” bem...]; [A minha? Tá boa...].

O ser-aí-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer *de-cai* no mundo (mundo esse conduzido pelo *fatalório*, *curiosidade* e *ambiguidade*). Expressando o seu modo de ser-no-mundo de maneira *impessoal* e *inautêntica*, sendo todos e ninguém, não se percebe um ser dotado possibilidades, seguindo assim na *impropriedade*, modo próprio do ser na *cotidianidade*.

O ser-aí-familiar desvelou-se no modo de ocupação do estado de saúde do outro, deixando de cuidar de si, trazendo consequências para sua saúde física, emocional e em suas relações com os outros e com o mundo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação possibilitou desvelar sentidos da vivência do ser-aí-familiar-de-pessoa-em-tratamento-de-câncer. A fim de responder as inquietações sobre o fenômeno, foi preciso ir até os familiares que acompanhavam pessoas próximas em tratamento de câncer, pois apenas quem vivencia esse acompanhamento poderia clarear o fenômeno. Sustentado no referencial metodológico e filosófico de Martin Heidegger, teve-se o embasamento necessário para compreensão dos significados expressos pelos familiares.

O adoecimento do ser humano envolve questões para além da dimensão biológica. São processos que mobilizam aspectos, físicos, emocionais e sociais. A família é um alicerce que se desvelou presente e necessário no tratamento de pessoas em tratamento de câncer, pelo suporte emocional, afetivo e acompanhamento durante os inúmeros meios terapêuticos.

Atualmente, as neoplasias malignas, se mostram um grave problema de saúde pública, por sua magnitude, alta morbimortalidade e por seu tratamento prolongado e difícil ao paciente. Mas é necessário ir além da pessoa em tratamento, uma vez que nessa investigação mostrou-se a necessidade de se atentar ao familiar que o acompanha.

Evidenciou-se uma sobrecarga gerada pelo cuidado ao outro, o familiar deixa os seus afazeres rotineiros para estar com a pessoa em tratamento. Abandona o trabalho, comprometendo a renda da casa, deixa de cuidar dos filhos pequenos para estar com o outro em consultas, quimioterapia, radioterapia e internações, ou seja, altera-se toda a dinâmica da família. Foi demonstrado o descuidar de si, pela identificação do cuidado com o outro como prioridade.

Mostra-se fundamental a mudança de modelo assistencial em saúde, que se retire do foco biomédico centralizado, para um modelo dinâmico e individualizado, que priorize o indivíduo, a família e coletividade. Na busca da integralidade do cuidado, atendendo as reais necessidades do indivíduo e os que o cercam.

A invisibilidade da enfermagem se evidencia nessa investigação, uma vez que, os familiares não mencionaram a assistência de enfermagem em seus depoimentos, enquanto outros profissionais da área da saúde foram lembrados. É imprescindível que a enfermagem se faça presente no cuidado aos familiares de pessoas em tratamento de câncer, pois os mesmos demonstraram a necessidade de

acompanhamento, orientações e por sua atuação conjunta no cuidado ao indivíduo adoecido.

Percebeu-se a fragilidade do familiar em lidar com a situação de doença do outro. Assim, se mostra necessária, uma abordagem multiprofissional que atenda a essas demandas, por meio do cuidado psicológico, social, assistencial e de orientação sobre a situação de saúde do paciente, a qual não se mostra clara em muitos depoimentos.

O familiar desvelou-se imerso na cotidianidade de cuidados com o tratamento do ente querido não se percebendo como um ser de possibilidades, agindo na *decadência, impessoalidade* e no *modo da ocupação*. Assim o mesmo, não se identifica como um *ser-no-mundo*, e se comporta conforme a circunstância imposta a ele.

A partir dos sentidos desvelados nessa pesquisa, evidencia-se a importância de discutir novas possibilidades de cuidado *autêntico* a esse familiar que acompanha a pessoa em tratamento de câncer, pois o mesmo se mostrou deficiente ou inexistente pela equipe de saúde. Os familiares necessitam de acompanhamento para exercer os cuidados ao outro e para cuidarem de si de maneira autêntica e individual.

REFERÊNCIAS

ABEN. Associação Brasileira de Enfermagem; Centro de Estudos e Pesquisas em enfermagem. **Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. Brasília: ABEN, 1979 - v. 33, publicação anual.

BARRETO T.S.; AMORIN R. C. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. **Rev. enferm. UERJ**; 18(3):462-467, 2010.

BEGHINI, A. B. et al. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 637-44, 2006.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Percepção do funcionamento familiar entre familiares de mulheres sobreviventes ao câncer de mama: diferenças de gênero. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 269-277, 2010.

BOSONNI, R.H.C.; STUMM, E.M.F.; HILDEBRAND, L.M.; LORO, M.M. Câncer e morte, um dilema para pacientes e familiares. **Revista Contexto e Saúde**. Editora UNIINJUI v. 9 n. 17, p. 13-21, jul./dez. 2009.

BRASIL. Constituição Federal, 1988.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada**. Brasília. 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3ª ed. 488 p. Rio de Janeiro: INCA; 2008.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro, INCA 2012a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física**. 2. reimpr. / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância – Rio de Janeiro: INCA, 2012b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

COSTA, S.R.D.; CASTRO, E.A.B.; ACIOLI, S. Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar. **Rev enferm UERJ**. v. 23(2):197-202. Rio de Janeiro, mar./abr. 2015.

COMASSETTO, I. **Tempos difíceis: familiares vivenciando o processo de morrer no mundo do hospital**. Tese (Doutorado): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, p.127, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 211, de 01 de julho de 1998.

_____. Resolução nº 210, de 01 de julho de 1998.

_____. Resolução 358, de 15 de outubro de 2009.

DUARTE, M.R.; ROCHA, S.S. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. **Rev Cogitare Enferm**. V.16(2): 361-4; 2011.

ELSEN, I.; SOUZA, A.I.J.; ANDERS, J. C.; WAYHS, R.I.; RADÜNZ, V. Famílias de crianças e adolescentes em tratamento ambulatorial antineoplásico: refletindo sobre o cuidado de enfermagem. **Ciência e Cuidado em Saúde**, v.7, 2013.

HEIDEGGER M. **Ser e tempo**. Tradução revisada e apresentação de Márcia Sá Cavalcante Schuback; posfácio de Emmanuel Carneiro Leão. 6º edição. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013.

HUSSERL E. **A ideia da fenomenologia**. Lisboa (POR): Edições 70; 1990.

FERNANDES, A.F.C.; BONFIM, I.M.; ARAÚJO, I.M.A.; SILVA, R.M.; BARBOSA, I.C.F.J.; SANTOS, M.C.L. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. **Esc Anna Nery** (impr.); 16 (1):27-33; jan./mar. 2012.

FERREIRA, N.M.L.A.; SOUZA, C.L.B.; STUCHI, Z. Cuidados paliativos e família. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 17(1):33-42, jan/fev., 2008.

GONÇALVES, L.T.H.; LEITE, M.; HILDEBRANDT, L.M.; BISOGNO, S.C.; BIASUZ, S.; FALCADE, B.L. Convívio e cuidado familiar na quarta idade; qualidade de vida de

idosos e seus cuidadores. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.16(2):315-325. Rio de Janeiro, 2013.

GOUVÊA, A.; COUTINHO, I. Os sentidos e os efeitos sociais da informação televisiva em saúde: um estudo de recepção com pacientes do câncer de mama. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.** v. 10(1) jan./mar. 2016.

GONZÁLEZ, A.D.; GARANHANI, M.L.; BORTOLETTO, M.S.S.; ALMEIDA, M. J.; MELCHIOR, R.; NUNES, E.F.P.A. Fenomenologia heideggeriana como referencial para estudos sobre formação em saúde. **Comunicação Saúde Educação**, v.16, n.42, p.809-17, jul./set. 2012.

KLIGERMAN, J. Fundamentos para a política nacional de prevenção e controle do câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2002, 48(1): 3-7

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol. 15, nº 5, p. 2621-2626. 2010.

LIMA, L.M; BIELEMANN, V.L.M, SCHUWARTZ,E.; VIEGAS, A.C; SANTOS, B.P.; LIMA, J.F. Adoecer de câncer: o agir e o sentimento do grupo familiar. **Cienc Cuid Saude.** 11(1):106-112. Jan/Mar 2012.

MARCHI, J.A.; PAULA, C.C.; GIRRARDON-PELINI, N.M.O.; SALES, C.A. Significado de ser-cuidados de familiar com câncer e dependente: contribuições para a palição. **Texto Contexto Enferm**, v. 25(1):0760014, 2016.

MATHIAS C. V. et al. O adoecimento de adultos por câncer e a repercussão na família: uma revisão da literatura. **Rev. de Atenção à Saúde.** v. 13, no 45, p. 80-86, jul./set. 2015.

MATHIAS C.V.; BEUTER M.; GIRARDON-PERLINI N.M.O. Experiência da família rural ao ter o pai/esposo com câncer de próstata. **Rev Rene.**; 16(4):486-95. jul./ago. 2015.

MELO, M.C.S.C. **Mulheres em risco familiar para o câncer de mama: uma hermenêutica da prevenção secundária.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MELO, M.C.S.C.; SOUZA, I.E.O. Ambiguidade – modo de ser da mulher na prevenção secundária do câncer de mama. **Esc. Anna Nery (impr.)**, v.16, n.1, p.41-48; jan/mar 2012.

MOLINA M. A. S; MARCONI S. S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Rev. bras. enferm.** v. 59(4):514-20. jul./ago. 2006.

MONTEIRO C. F. S; PAZ E. P. A; ROCHA S. S; SOUZA I.E.O. Fenomenologia heideggeriana e sua possibilidade na construção de estudos de enfermagem. **Esc Anna Nery.** v. 10(2): 298-300; ago. 2006.

NETO, E.B.S.; TELES, J.B.M.; ROSA, L.C.S. Sobrecarga em familiares de indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev Psiq Clín.** v. 38(2):47-5; 2011.

OLIVEIRA, S. G. et al. Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Vol. 33, nº 3, p. 104-110.2012.

PEDROLO E.; DANNSKI M. T. R.; MINGORANCE P.; LAZZARI L.S.M.; MÉIER M.J.; CROZETA K. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Rev Cogitare enferm.** v. 14(4):760-63. 2009.

PEIXOTO, A.J. **A fenomenologia, a refundação da filosofia e das ciências:** uma perspectiva do cuidar. *Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares*. Curitiba: Juruá, 2011.

QUEIROZ, B. F. B.; GARANHANI, M. L. Construindo significados do cuidado de enfermagem no processo de formação: uma pesquisa fenomenológica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.11, n.4, p.775-83; out./dez. 2012.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, p. 178-186, 2011.

SALES, C.A.; GROSSI, A.C.M., ALMEIDA, C.S.L.; SILVA, J.D.D.; MARCON, S.S. Cuidado de enfermagem oncológica na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta Paul Enferm.** v. 25(5):736-42. 2012.

SALES, C.A.; PIOLLI, K.C.; RETICENA, K.O.; WAKIUCHI, J.; MARCON, S.S. **Presença familiar no olhar existencial da pessoa com câncer: compreendendo o fenômeno à luz heideggeriana.** *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. v. 17(1):30-6. jan./mar. 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.27639> > . Acessado em: 09 ago. 2015.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SEBOLD, L.F.; CARRARO, T.E. Modos de ser enfermeiro-professor-no-ensino-do-cuidado-de-enfermagem: um olhar heideggeriano. **Rev REBEn.** v. 66(4): 550-6; 2013.

SENNA, E. L. S.; CARVALHO, P. A. L.; REIS, H. F. T.; ROCHA, M. B. Percepção de familiares sobre o cuidado à pessoa com câncer no estágio avançado. **Texto Contexto Enferm.** v. 20(4): 774-81. Florianópolis, out./dez 2011.

SILVA, K.L.D. et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.

SILVA, C. F.; PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 15(4):707-73. Rio de Janeiro, 2012.

SILVA A.L; MOREIRA R. V. O. M; SILVA L.F; SOUZA I. E. O. Mulher cardiopata com úlcera de pressão: reflexão fenomenológica sobre um modelo de cuidado clínico de conforto. **Rev. Escola de Enfermagem Anna Nery.** v. 17(1): 168-172; 2013.

SILVA, M.M.; LIMA, L.S. Participação do familiar nos cuidados paliativos oncológicos no contexto hospitalar: perspectiva de enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm.** V. 35(4):14-9. Dez 2014.

THULER, L.C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Rev Bras Cancerol.** 49:227–38, 2003.

VASCONCELOS, A.M.N. ; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, 21(4):539-548, out./dez. 2012.

VIEIRA, T.S.; MONTEIRO, C.F.S. Entrevista fenomenológica com egressos de Instituição Psiquiátrica: Relatos de Experiências. **Cultura de los Cuidados.** v. 31, n. 1, p. 24-29. 2011.

VIERA, L. L.; FREITAS, C. A. S. L.; BRITO, M. C. C.; TEÓFILO, F. K. S.; SILVA, M. J. O idoso e o cuidador familiar: o cuidado domiciliar à luz de Imogene King. **Rev enferm UFPE.** v. 7(9):5500-9. Recife, set. 2013.

WAKIUCH, J.; SALIMENA, A.M.O.; SALES, C. A. Sendo cuidado por um familiar: sentimentos existências de pacientes oncológicos. **Texto Contexto Enferm,** v. 24(2): 381-9. Florianópolis. Abr./Jun 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of Palliative Care.** WHO 2002. Disponível em: < <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>>. Acessado em: 07 de jul. de 2015.

APÊNDICE



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



INSTRUMENTO NORTEADOR PARA A ENTREVISTA

❖ **Caracterização do Participante:**

- Iniciais: Entrevista N°:
- Data: Horário início: Horário término:
- Idade: Estado Civil: Escolaridade:
- Profissão: Função atual: Renda:

❖ **Sobre o Paciente:**

- Parentesco ou grau de relacionamento:
- Tipo de câncer:
- Tempo em que está em tratamento:
- Modalidades terapêuticas:

❖ **Indagações Norteadoras da Entrevista:**

- Como tem sido para você todo este processo de ter uma pessoa próxima em tratamento de câncer?
- A partir dessa situação, como têm sido a sua vida? Houve mudanças? Me conte sobre isso.
- E em relação à sua saúde, como está? Como tem se cuidado?
- Você gostaria de me falar sobre mais alguma coisa?

ANEXOS

Anexo 1

ANEXO 1



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

DECLARAÇÃO

Eu **Dr. Felipe José Vieira**, na qualidade de Diretor clínico do Hospital ASCOMCER - Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora, autorizo a realização da pesquisa intitulada "O CÂNCER: significados na vida e na saúde dos familiares" a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora **Dra. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo** e com a participação da discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, **Júlia de Almeida Esteves**, matriculada sob o Nº102320062. DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFJF (CEP/UFJF) para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 17 de Julho de 2015

ASSINATURA _____

(carimbo da Instituição)



Anexo 2

ANEXO 2



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

DECLARAÇÃO

Eu **Adriana Moreira de Carvalho Barcelos**, na qualidade de responsável técnica da equipe de enfermagem da **Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora - ASCOMCER**, autorizo a realização da pesquisa intitulada "O CÂNCER: significados na vida e na saúde dos familiares" a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora **Dra. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo** com a participação da discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, **Júlia de Almeida Esteves**, matriculada sob o Nº102320062. DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFJF (CEP/UFJF) para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 17 de julho de 2015

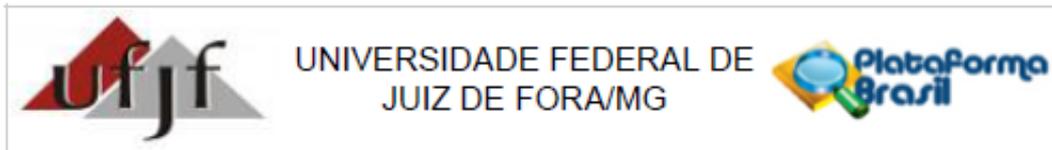
ASSINATURA

P/

Chirle Franco Ventura
Enfermeira
COREN-MG 245783

(carimbo da Instituição)

Anexo 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CÂNCER: significados na vida e na saúde dos familiares

Pesquisador: Maria Carmen Simões

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46289015.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.164.086

Data da Relatoria: 27/08/2015

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

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



Continuação do Parecer: 1.164.086

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2016.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 30 de Julho de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

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

Anexo 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o Sr. (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “O CÂNCER: significados na vida e na saúde dos familiares” que pretende compreender os significados da doença na vida e na saúde das pessoas próximas dos pacientes com diagnóstico de câncer. Os motivos para este estudo consideram o câncer, problema de saúde pública e as repercussões que podem ocorrer na vida e na saúde das pessoas que acompanham o adoecimento de alguém próximo com diagnóstico desta doença. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: consulta aos prontuários dos pacientes em tratamento ou acompanhamento depois do tratamento, entrevistas gravadas com os familiares ou pessoas próximas que cuidam dos pacientes e o acompanham na instituição e diário de campo das observações. Suas informações serão transcritas, sistematizadas, analisadas e divulgadas em eventos de natureza exclusivamente científica. Presume-se como possível haver leve desconforto ou constrangimento durante a entrevista, ao se dispor a falar sobre sua vivência como cuidador de seu familiar com câncer, relacionando isso a sua vida e sua saúde. Estes riscos envolvidos na pesquisa constituem em risco mínimo, que é o mesmo existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. A pesquisa contribuirá o cuidado singular da pessoa com diagnóstico de câncer e de seus familiares, além de ampliar os conhecimentos de saúde e de enfermagem. Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo nem vantagens financeiras. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização por parte do pesquisador responsável. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão e o (a) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “COMPREENDER O SIGNIFICADO DA DOENÇA NA VIDA E NA SAÚDE DOS FAMILIARES DE PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi

uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura do participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do pesquisador	Data
------	---------------------------	------

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

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF : Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pesquisa/ CEP: 36036-900 - Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria Carmen Simões Cardoso de Melo - E-mail:

maria.carmen@ufjf.edu.br – FACENF/UFJF - Rua José Lourenço Kelmer, s/n Campus

Universitário – CCS - São Pedro 36036-330 – Juiz de Fora – MG Telefone: (32) 2102-3821 -

2102-3279