

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA LTDA
FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

JACKSON FRANCISCO DA SILVA

**ENFRENTAMENTO E PERSPECTIVAS DE VIDA DE IDOSOS DIANTE DO
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

MOSSORÓ/RN
2013

JACKSON FRANCISCO DA SILVA

**ENFRENTAMENTO E PERSPECTIVAS DE VIDA DE IDOSOS DIANTE DO
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Jussara Vilar Formiga

MOSSORÓ/RN
2013

JACKSON FRANCISCO DA SILVA

**ENFRENTAMENTO E PERSPECTIVAS DE VIDA DE IDOSOS DIANTE DO
DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**

Monografia apresentada pelo aluno Jackson Francisco da Silva, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Jussara Vilar Formiga (FACENE-RN)

ORIENTADORA (FACENE-RN)

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE-RN)

MEMBRO (FACENE-RN)

Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE-RN)

MEMBRO (FACENE-RN)

Dedico a minha mãe pelo incentivo, amor e compreensão, no decorrer da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **DEUS**, que se fez presente nos momentos mais difíceis, me guiando com sua fonte de luz;

A minha **MÃE** e demais familiares que sempre estiveram presentes em cada passo desta jornada, ofertando força, amor e uma imensa dose de paciência;

As **idosas e familiares/acompanhantes** que gentilmente abriram suas portas e se dispuseram a serem entrevistadas, contribuindo para a construção deste trabalho;

À orientadora **Prof. Ms. Jussara Vilar Formiga** por não medir esforços para conseguir material bibliográfico para a criação e desenvolvimento deste trabalho, além do carinho e total atenção;

À **Prof. Esp. Joseline Pereira Lima e Prof. Esp. Lucidio Clebeson de Oliveira**, que aceitaram participar da minha banca examinadora, compartilhando sua sabedoria e pelos acréscimos tão valiosos, que contribuíram imensamente para este trabalho;

À **Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró** por proporcionar o conhecimento científico, sendo este aplicado durante a coleta de dados e por sua equipe de profissionais que contribuíram com sua amizade e muitos momentos felizes. Em especial a bibliotecária **Vanessa Camilo**, pela amizade, inteligência, incentivo e apoio durante a realização deste trabalho.

Aos nossos **amigos e colegas** que adquirimos durante nossas vidas acadêmicas;

À **todos** aqueles que acreditaram e ajudaram para que este sonho se concretizasse.

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser.. mas Graças a Deus, não somos o que éramos”.

Martin Luther King

RESUMO

O câncer é visto como um processo mórbido que se inicia quando as células anormais surgem de células normais do organismo. O envelhecimento traz grandes mudanças nas células que podem aumentar a suscetibilidade da pessoa idosa às diversas doenças, entre elas transformações celulares malignas. As células das pessoas idosas por terem sido expostas durante mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê de o câncer ser mais freqüente nesses indivíduos. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem metodológica quali-quantitativa. A pesquisa foi realizada em 05 (cinco) áreas de Estratégia Saúde da Família (ESF) localizadas na Zona Oeste delimitada pela Coordenação de Atenção Primária do município Mossoró/RN. O estudo teve como objetivo geral: analisar o enfrentamento e as perspectiva de vida dos idosos diante de um diagnóstico de câncer e como específicos: caracterizar a situação social dos idosos entrevistados; conhecer os sentimentos dos idosos sobre o diagnóstico de câncer e analisar na opinião dos idosos com relação ao tratamento do câncer e as dificuldades enfrentadas. Os dados foram coletados no mês de setembro do corrente ano levando-se em consideração a Resolução do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, também o que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução 466/2012, garantindo o sigilo das informações coletadas, bem como anonimato da identidade dos sujeitos da pesquisa. Os resultados apontaram para uma amostra em sua totalidade feminina e que passou por procedimentos cirúrgicos, sendo em sua maioria aposentadas, viúvas, sem alfabetização e com idade avançada, refletindo um grupo que passou pelo tratamento sem o apoio de um esposo. Os resultados encontrados permitiram o conhecimento desse grupo como o de mulheres que relataram ter sentido uma forte emoção caracterizada por grande tristeza ao saber do diagnóstico de câncer, adquirindo a conotação de doença incurável provocando ressentimento devido as restrições que lhes impõe essa doença. No entanto, com forte religiosidade as participantes da pesquisa também apresentaram os mecanismos de enfrentamento, aceitando o sofrimento. Todas as idosas buscaram o tratamento para uma possível cura da doença em questão. No enfrentamento do câncer, essas demonstraram acreditar na ciência, admitindo o valor do tratamento e a melhora na qualidade de vida com boas perspectivas de cura, mas também revelaram que o medo de morrer durante o procedimento cirúrgico ou tratamento esteve presente. Quanto as dificuldades, a maioria demonstrou ter sentido estresse e angústia emocional, passado por muitas dificuldades durante o tratamento, que foram superadas. Quanto às perspectivas de vida as idosas apresentaram boas respostas, acreditando estarem curadas, mas demonstraram também medo por saber que podem desenvolver novamente essa patologia no decorrer da vida. Constatamos que as idosas com diagnóstico de câncer, são pessoas frequentemente condenadas por preconceitos vindos do meio em que vivem, da própria história de vida, das pessoas que estão envolvidas direta ou indiretamente com os processos de adoecimento e tratamento, que por sua vez, geram respostas, tanto positivas como negativas, que interferem no comportamento delas e de toda a família.

Palavras-chave: Idoso. Câncer. Perspectivas de Vida.

ABSTRACT

Cancer is seen as a morbid process that starts when abnormal cells arise from normal cells in the body. Aging brings big changes in cells that may increase the susceptibility of the elderly to various diseases, including malignant cell transformation. The cells of older people having been exposed longer to the different risk factors for cancer, partly explains why cancer is more frequent in these individuals. This is a field research, with qualitative and quantitative approach. The survey was conducted in 05 (five) areas of the Family Health Strategy (FHS) located in the western area bounded by the Coordination of the municipality Mossoró/RN Primary Care. The study had the general objective is to analyze the coping and life expectancy of the elderly facing a cancer diagnosis, and specific: to characterize the social situation of older respondents; know the feelings of the elderly on the diagnosis of cancer and analyze the opinion of elderly in relation to cancer treatment and the difficulties faced. Data were collected in September of this year taking into account the resolution of the National Health Council, which addresses research involving human subjects, which also governs the Code of Ethics of Professional Nursing, in Resolution 466/2012, ensuring the confidentiality of information collected, as well as anonymity of the identity of the research subjects. The results pointed to a sample in its entirety and women who underwent surgical procedures, and in his retired, widows without literacy and age majority, reflecting a group that went through treatment without the support of a spouse. Results allowed the knowledge of this group as the women who reported feeling a strong emotion characterized by great sadness to learn of the diagnosis of cancer, acquired the connotation of incurable disease causing resentment due to the restrictions imposed on them by this disease. However, with strong religious study participants also had coping mechanisms, accepting suffering. All older sought treatment for a possible cure for the disease in question. In coping with cancer, they believe in science have shown, assuming the value of treatment and improved quality of life with good prospects of cure, but also revealed that the fear of dying during surgery or treatment was present. As for the difficulties, most have demonstrated sense stress and emotional distress experienced many difficulties during treatment, which were overcome. About the prospects of life among women was good answers, believing they are cured, but also demonstrated afraid to know that this disease can develop later in life again. We found that older diagnosed with cancer, people are often convicted of bias coming from the environment in which they live, own life story, the people who are directly or indirectly involved with the processes of illness and treatment, which in turn generate responses, both positive and negative, that affect the behavior of them and the whole family.

Keywords: Elderly. Cancer. Perspectives of Life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA	10
1.2 PROBLEMA	10
1.3.HIPÓTESE	10
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 ENVELHECIMENTO	12
3.2 POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO	13
3.3 CÂNCER	15
3.4 TRATAMENTO DO CÂNCER	18
3.4.1 QUIMIOTERAPIA	19
3.4.2 RADIOTERAPIA.....	21
3.4.3 TRATAMENTO CIRÚRGICO	22
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	24
4.2 LOCAL DA PESQUISA	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	25
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	26
4.6. ANÁLISE DOS DADOS	26
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.....	28
5.2 DADOS RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DOS IDOSOS QUANTO AO CÂNCER	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICES	44
ANEXOS	48

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento traz grandes mudanças nas células que podem aumentar a suscetibilidade da pessoa idosa às diversas doenças, entre elas transformações celulares malignas. Devido às células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê de o câncer ser mais freqüente nesses indivíduos. Os fatores de risco ambientais para o desenvolvimento de um câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos. Esses fatores atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células (INCA 2013c).

Segundo Simões, (1998) aproximadamente três décadas atrás a população brasileira era considerada jovem, hoje com cerca de 20% de seus indivíduos com idade superior a 60 anos, o que enquadra na chamada terceira idade. Com o aumento desta população foram criadas diversas leis para assegurar seus direitos, entre elas temos a Lei n.º 10.741, de 1.º de Outubro de 2003, conhecida como o Estatuto do Idoso (EI) que vem assegurar a atenção integral à saúde do idoso, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. A Portaria/GM nº 399 vem tornar a Saúde do Idoso como uma das prioridades (BRASIL, 2006a).

No que se refere ao aspecto biológico normal pode levar a uma diminuição das reservas funcionais do organismo. Tais alterações podem ser observadas no organismo do ser humano idoso: muscular, ósseo, nervoso, circulatório, pulmonar, endócrino e imunológico (VANDERVOORT 2000).

O câncer é visto atualmente como um processo mórbido que se inicia quando as células anormais surgem de células normais do organismo, em consequência de algum mecanismo de alteração, cujo material genético com alteração começa a passar e receber informações erradas para suas funções. Isso ocorre quando uma célula normal sofrer alterações no DNA dos genes. Estas alterações nas suas atividades são denominadas de mutação genética. (SMELTZER et al., 2008).

O INCA (2013c), afirma que o tratamento de combate ao câncer atualmente é feito por meio de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. Na maioria das vezes se faz necessário combinar mais de uma modalidade para promover um melhor resultado. Para um tratamento eficaz do câncer deve-se

visar tanto o tumor primário como também os tumores que podem ter se implantado em outras partes do corpo, denominado metástases.

1.1 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a presente pesquisa pelo interesse do pesquisador pelo tema desde motivos pessoais, quando possui idoso com câncer como membro da família, até interesses científicos, quando busca compreender melhor a forma como os idosos enfrentam esse problema de saúde.

1.2. PROBLEMA

Como o idoso com diagnóstico de câncer enfrenta a doença e quais suas dificuldades?

1.3 HIPÓTESE

Acredita-se que pessoas idosas com diagnóstico de câncer conhecido, tem dificuldades para enfrentar a doença e tem suas perspectivas de vida diminuídas.

2 OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GERAL

Analisar o enfrentamento e as perspectiva de vida dos idosos diante de um diagnóstico de câncer.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a situação social dos idosos entrevistados;
- Conhecer os sentimentos dos idosos sobre o diagnóstico de câncer;
- Analisar na opinião dos idosos com relação ao tratamento do câncer e as dificuldades enfrentadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ENVELHECIMENTO

De acordo com Amâncio (2003), o envelhecimento representa uma etapa do desenvolvimento individual, sendo que a característica principal é acentuada pela perda da capacidade de adaptação, e menor expectativa de vida, isto significa excessiva vulnerabilidade e reduzida viabilidade diante das forças normais de mortalidade.

Biologicamente somos seres que percorrem o ciclo da vida, interrompido ou não, mas inevitável, que vai do nascimento até a morte; passando pelas seguintes etapas: concepção, desenvolvimento intra-uterino, nascimento, infância, adolescência, maturidade, velhice e morte (PICKLES et al., 2000).

Petroianu e Pimenta (1999), afirmam que a velhice não é apenas a deteriorização orgânica, mas o que ocorre são perdas físicas, anunciando ou atestando o surgimento de doenças degenerativas, diminuição de força e vitalidades orgânicas. Perdas psíquicas, representadas pelo declínio da memória, diminuição ou anulação da vida afetiva, desinteresse em adquirir novos conhecimentos.

O envelhecimento é um processo universal, é um termo geral que segundo a forma em que aparece, pode se referir a um fenômeno fisiológico, de um comportamento social, ou ainda cronológico isto é, de idade. É um processo em que ocorre mudança nas células, nos tecidos e no funcionamento de diversos órgãos. (RODRIGUES et al, 2000, p. 12).

A população vem aumentando rapidamente e por conseqüência o progressivo aumento da população idosa, este aumento deve-se as melhores condições de vida, a maior expectativa de vida (LEME, 2000).

O aumento acentuado do número de idosos trouxe conseqüências para a sociedade e, obviamente para indivíduos que compõem esse segmento etário. Era necessário buscar os determinantes das condições de saúde e de vida dos idosos e conhecer as múltiplas facetas da velhice e do processo de envelhecimento. Ver esses fenômenos simplesmente pelo prisma biofisiológico é desconhecer a importância dos problemas ambientais, psicológicos, sociais, culturais e econômicos que pesam sobre eles. Ao contrário, é relevante ter uma visão global do envelhecimento como processo e do idoso como ser humano. Hoje felizmente, todas as áreas do saber

sobre a velhice encontram-se em grande evolução (PICKLES et al, 1998, p. 78).

Segundo Gonong (2000), o envelhecimento é uma etapa normal do desenvolvimento e continuidade da vida de um indivíduo, fazendo com que o ser humano aceite com tranquilidade a sua velhice, e procurar alguma maneira para continuar ser útil à sociedade, aos familiares e amigos.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Antes de iniciarmos qualquer estudo que envolva a terceira idade precisamos conhecer quem são essas pessoas e qual é a faixa etária para receber essa denominação. A população brasileira, até bem pouco considerada jovem, tem cerca de 20% de seus indivíduos com idade superior a 60 anos, o que se enquadra na chamada terceira idade (SIMÕES, 1998).

Este fenômeno encontrou-se na sua maioria, nos países desenvolvidos, atualmente vem acontecendo de maneira mais rápido nos países em desenvolvimento. Segundo a legislação brasileira, o Brasil tem o indicador de idosos que, correspondem à pessoa com idade igual ou superior a 60 anos que passou de 7 milhões em 1975 para 14 milhões em 2002 (VERAS, 2009).

Estudos apontam que tem aumentado a população com faixa etária de 60 anos ou mais. Nessa população se deu um crescimento de 697 mil pessoas, entre 2008 e 2009, o que representou aumento de 3,3%, contra elevação de 1% no total da população residente do país (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

O envelhecimento é um fenômeno que atinge toda a população mundial, independentemente de raça, cor, sexo, religião, origem social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação. Podemos caracterizar como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, que estão ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais de uma pessoa (BRITO E LITVOC, 2004).

Netto (2002) afirma que o processo de envelhecimento é caracterizado como a fase final do ciclo de vida. Nesta fase, o corpo da pessoa idosa começa a apresentar algumas manifestações físicas, psicológicas, sociais e debilitantes que afeta drasticamente sua vida diariamente.

É muito comum o surgimento de co-morbidades nos idosos, pois este, proporcionalmente, tende a apresentar mais episódios de doenças, em geral crônicas, ocasionando aumento nos gastos em saúde. O custo com o idoso tende a ser maior do que para os indivíduos em outras faixas etárias, pois o predomínio de doenças crônicas e suas complicações implicam em utilização frequente dos serviços de saúde por esse segmento da população (AMARAL et al, 2004).

Devido às necessidades de saúde aos idosos, que frequentemente requerem uma atenção específica, se programou, no Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), promulgada em 1994 através da Lei 8.842/94 e regulamentada em 1996, que assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1994).

A Lei n.º 10.741, de 1.º de Outubro de 2003, também conhecida como o Estatuto do Idoso (EI) em seu art. 15. assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

A Portaria/GM nº 399, que veio a público no dia 22/02/2006, apresentando as Diretrizes do Pacto pela Saúde, nas quais foram contempladas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, apresenta no Pacto pela Vida, a Saúde do Idoso como uma das prioridades (BRASIL, 2006a).

Considerando a publicação do Pacto pela Saúde, a Port. 2.528/GM de 19 de outubro de 2006 veio aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tendo como objetivo garantiratenção adequada e digna para a população idosa brasileira, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, que direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde. Tem por finalidade a manutenção e recuperação da autonomia e independência com ênfase aos idosos frágeis e com maior risco de vulnerabilidade (BRASIL, 2006b).

3.3 CÂNCER

O Câncer é denominado atualmente o conjunto de aproximadamente 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que podem invadir os tecidos e órgãos, comprometendo suas funções biológicas. Estas células podem ainda espalhar-se para outras regiões do corpo, quando isso ocorre, é denominado metástase (INCA 2013c).

Apesar dos grandes avanços tecnológicos, a etiologia do câncer ainda esta desconhecida. É provável que interações aos meio ambiente e fatores genéticos possa contribuir para o surgimento desta patologia (WUNSCH FILHO; KOIFMAN 2003).

No organismo humano, verificam-se formas de crescimento celular que podem ser controladas e não controladas. No caso da hiperplasia, a metaplasia e a displasia são exemplos de crescimento controlado, enquanto que as neoplasias correspondem às formas de crescimento não controladas e são denominadas frequentemente de “tumores” (BRASIL, 2010).

A distribuição epidemiológica do câncer no Brasil está fortemente ligada à pobreza. Em estudo sobre esse assunto, podemos encontrar tumores malignos relacionados ao câncer de mama, próstata, cólon, reto, câncer de colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Os tumores apresentam um comportamento biológico específico de acordo com este comportamento os tumores podem ser agrupados em três tipos: benignos, limítrofes ou “bordeline”, e malignos. Um dos pontos mais importantes no estudo das neoplasias é estabelecer os critérios de diferenciação entre cada uma destas lesões, o que, algumas vezes, torna-se difícil (BRASIL, 2010).

Quando ocorre uma divisão muito rápida destas células, que tende a ser muito agressiva e de difícil controle ou ate mesmo incontroláveis, com isso determina-se a formação de tumores, que são acúmulo de células cancerosas ou neoplasias malignas. No entanto, tumores benignos, podem significar uma simples massa celular que muitas vezes se multiplica vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, o que raramente pode leva à morte (INCA 2013c).

As neoplasias benignas muitas vezes não representam problemas ao seus portadores, por outro lado, dependendo de sua localização ou outras propriedades, os tumores benignos podem causar vários transtornos para o paciente (obstrução de

órgãos ou estrutura ocas, compressão de órgãos, produção de substâncias em maior quantidade, entre outros), podendo causar a morte de seu portador (BRASILEIRO FILHO; PEREIRA; GUIMARÃES, 2006).

Para o surgimento do câncer, temos um fator de risco que pode influenciar bastante, são os fatores extrínsecos (meio ambiente), relacionados ao processo de industrialização – agentes químicos, físicos e biológicos, que muitas vezes contribui no desenvolvimento do câncer (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

Como sabemos, existem diferentes tipos de câncer que supostamente correspondem aos vários tipos de células correspondentes aos diversos tecidos celular encontrados no corpo. Um bom exemplo seria o câncer de pele, do qual existem diversos tipos, por ser formado por mais de um tipo de célula. Com isso teremos um carcinoma, um tipo de câncer que tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas, entretanto, se começar em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem, denomina-se sarcoma (INCA 2013c).

Contrariando o que muitos pensam, uma neoplasia maligna não é uma entidade homogênea; ela tem, numa mesma área, células com graus diferentes de diferenciação. Por outro lado, alguns tumores podem modificar este grau à medida que evoluem, tornando-se pouco diferenciados, o que traduz uma maior rapidez de crescimento e maior agressividade (BRASIL, 2010).

Segundo estatísticas disponíveis, neoplasias malignas podem afetar uma parcela muito grande da população mundial e estar responsável pelas principais causas de morte. Apesar dos avanços em tratamentos e cura e o declínio do número de óbitos para os linfomas, certas neoplasias da infância entre outras, a taxa de mortalidade nas últimas décadas só vem a aumentar (BRASILEIRO FILHO; PEREIRA; GUIMARÃES, 2006).

As metástases são umas das outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou até mesmo distantes se a célula defeituosa cair na corrente sanguínea. Aqui, temos duas propriedades principais nas neoplasias malignas que são: a capacidade invasiva- destrutiva local e a produção de metástases. A metástase constitui o crescimento neoplásico à distância, sem continuidade e sem dependência do foco primário (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

As causas e fatores do Câncer podem ser variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. O meio ambiente possui as causas externas em conjunto com os hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. Nas causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas, que podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de mutação de forma maligna nas células normais (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

No parênquima tumoral existe uma diferença de células. Nos tumores benignos, são bem semelhantes e reproduzem o aspecto das células do tecido que lhes deu origem. Nas células dos tumores malignos perdem estas características, têm graus variados de diferenciação e, guardam pouca semelhança com as células que as originaram. No microscópio, vêem-se células com alterações de membrana, citoplasma irregular e núcleos com variações da forma, tamanho e cromatismo (BRASIL, 2010).

O INCA (2013c), relata que de todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns deles são bem comuns: o cigarro pode causar câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele, e alguns vírus podem causar leucemia. Outros estão em estudo, como alguns componentes dos alimentos que ingerimos, e muitos são ainda completamente desconhecidos.

Reforçando as idéias anteriores, Guerra, Gallo e Mendonça (2005) também afirma que os fatores de risco de câncer podem ser encontrados no meio ambiente ou podem ser herdados. Informa ainda que a maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco. Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins) o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida).

Segundo Santos (2011), o aumento da expectativa de vida, as chances para criarmos um ambiente favorável para os mais variados estilos e hábitos de vida, são os citados a seguir:

- Aumento da ingestão de alimentos industrializados ricos em gordura e conservantes;

- A vida estressante das grandes cidades, associadas com a poluição ambiental e a falta de tempo para curtir momentos de lazer com a família ou mesmo a práticas de exercícios que nos livram do sedentarismo;
- Contato cada vez mais estreito com aparelhos eletromagnéticos ou mesmo drogas, álcool e fumo.
- Agentes biológicos como os vírus, agentes potencialmente oncogênicos.

As mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, os 'hábitos' e o "estilo de vida" adotados pelas pessoas, como tabagismo, hábitos alimentares, alcoolismo, hábitos sexuais, medicamentos, fatores ocupacionais e à radiação solar podem determinar diferentes tipos de câncer (INCA 2013c).

Estudos mostram que a idade tem grande influencia na probabilidade de uma pessoa ser atingida pelo câncer. A maioria dos cânceres ocorre depois dos 55 anos de idade. Estatisticamente o câncer é a principal causa de morte entre mulheres com idade entre 40 e 79 anos e entre homens com idade entre 60 e 79 anos. Ocorre um declínio após os 80 anos de idade, devido ao número reduzido de pessoas que atingem esta idade (STRICKER; KUMAR, 2010).

A grande maioria das células de tecidos e órgãos promove sua divisão contínua, que posteriormente venham a restaurar as perdas decorrentes do processo de envelhecimento das células, sendo uma atividade de replicação celular essencial para o bom funcionamento do organismo (BRASILEIRO FILHO; PEREIRA; GUIMARÃES, 2006).

O surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer. Por exemplo, o risco de uma pessoa desenvolver câncer de pulmão é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao número de anos que ela vem fumando (INCA, 2013c).

3.4 TRATAMENTO DO CÂNCER

Segundo o Ministério da Saúde, o tratamento do câncer começa com o diagnóstico correto, onde há necessidade da participação de um laboratório confiável e do estudo de imagens. Por sua complexidade, o tratamento deve ser efetuado em centro especializado, e compreende três modalidades principais (quimioterapia, radioterapia, cirurgia), sendo aplicado de forma racional e individualizada para cada situação específica e de acordo com a extensão da

doença de cada paciente. Elas podem ser usadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação (BRASIL, 2010).

O INCA (2013c) complementa que os tratamentos do câncer, além de poderem ser feito através de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, cita que pode ocorrer um transplante de medula óssea e que em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade.

Segundo Smeltzer et al (2008), as várias modalidades e opções de tratamento oferecidas para os pacientes com câncer devem basear-se em metas realistas e alcançáveis para cada tipo de câncer específico.

3.4.1 QUIMIOTERAPIA

Comumente se indica a quimioterapia antes ou após uma cirurgia, ou ainda isoladamente, sem que haja indicação cirúrgica. Em certos casos ela é feita em conjunto com a radioterapia. Porém a indicação do tipo de tratamento a ser feito depende de vários fatores, como o tipo de tumor, localização e estágio da doença. Entretanto é feito sempre de acordo com uma programação, que deve ser discutida com o médico, quando o tratamento será iniciado (INCA 2013c).

Segundo Camargo e Lopes (2000), podemos dividir os quimioterápicos em diferentes grupos farmacológicos de acordo com suas especificações e suas funções. Sugere que esses agentes podem agir em uma determinada fase do ciclo (ciclo-específico/fase-específico), no ciclo como um todo (cicloespecífico/fase não-específico), ou não agirem necessariamente em fases de crescimento celular, mas em células de repouso. Podemos dividir em cinco grupos específicos:

- **Agentes aquilantes:** são ciclos-específicos, mas não fase-específico. Sua função é impedir a síntese de DNA. Ex: Busulfan, Ciclofosfamida, Ifosfamida, Cisplatina.
- **Antimetabólicos:** seu efeito principal é bloquear a síntese de DNA. São restritas as fases de síntese do ciclo celulares (ciclo e fase-específico). Ex: Metotrexate, 6-Mercaptopurina, Citosina Arabinoside.
- **Antibióticos:** são geralmente ciclo-não-específicas, agem intercalando com o DNA, impedindo sua duplicação e a produção de RNA mensageiro. Essas drogas interferem diretamente, impedindo a ação da topoisomerase. Esta é

uma enzima nuclear que permite que a estrutura tridimensional da proteína se desfça, permitindo que as hélices de DNA fiquem alinhadas durante a fase de replicação. Ex: Adriamicina, Daunomicina, Bleomicina, Dactiomicina.

- **Alcalóides da Vinca:** Atuam especialmente inibindo a montagem do fuso mitótico, ligando-se às proteínas microtubulares e conseqüentemente interrompendo a divisão celular na metáfase. Ex: Vincristina, Vinblastina, Etoposide, Teniposide.
- **Miscelânea:** Diminuem a síntese protéica e é ciclo-específico atuando na fase G1 pósmitótica. Ex: Corticosteróides (Prednisona, Dexametasona, Prednisolona), L-Asparaginase.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL 2002, p. 288), a finalidade da quimioterapia depende basicamente do tipo de tumor, da extensão da doença e do estado geral da criança. De acordo com sua finalidade, a quimioterapia pode ser classificada em:

- Curativa: objetiva a ausência de evidências de doenças pelo mesmo período de tempo que outra pessoa sem câncer. Ex: leucemias agudas e tumores germinativos.
- Paliativa: visa minimizar os sintomas decorrentes da proliferação tumoral e melhorar a qualidade de vida da criança, aumentando seu tempo de sobrevivência, em função de uma redução importante do número de células neoplásicas.
- Potencializadora: quando utilizada simultaneamente à radioterapia no sentido de melhorar a relação dose terapêutica/dose tóxica do tratamento com irradiação.
- Objetiva principalmente potencializar o efeito das drogas no local irradiado e conceitualmente não interfere no efeito sistêmico do tratamento. Ex: tumor de pulmão.
- Adjuvante: quando é administrada posteriormente ao tratamento principal, quer seja cirúrgico ou radioterápico.
- Neo-Adjuvante: quando é administrada previamente ao tratamento definitivo, quer seja cirúrgico ou radioterápico. Objetiva tanto a diminuição do volume tumoral, quanto à eliminação de metástases não-detectáveis clinicamente já

existentes ou eventualmente formadas no momento da manipulação cirúrgica.

Ex: sarcomas.

Em relação à toxicidade associada à quimioterapia pode ser aguda ou crônica. As células com velocidades de crescimento rápido (epitélio, medula óssea, folículos pilosos, espermatozoides) têm muito risco de lesão, podendo vários sistemas corporais também ser afetados por sua toxicidade (SMELTZER et al, 2008).

Segundo o INCA (2013c) a toxicidade é variável para os diversos tecidos e depende da droga utilizada. Nem todos os quimioterápicos ocasionam efeitos indesejáveis tais como mielodepressão, alopecia e alterações gastrintestinais (náuseas, vômitos e diarreia). São preconizados alguns requisitos ideais para a aplicação da quimioterapia como:

- Menos de 10% de perda do peso corporal desde o início da doença;
- Ausência de contra-indicações clínicas para as drogas selecionadas;
- Ausência de infecção ou infecção presente, mas sob controle;
- Capacidade funcional correspondente aos três primeiros níveis.

3.4.2 RADIOTERAPIA

O INCA (1993a), afirma que a radioterapia é um método de tratamento local e/ou regional, que pode ser indicada de forma exclusiva ou associada aos outros métodos terapêuticos. Quando combinado com a cirurgia, poderá ser pré, per ou pós-operatória. Também pode ser indicada antes, durante ou logo após a quimioterapia.

Para Camargo e Lopes (2000) a radioterapia pode ser empregada em duas formas, a radioterapia externa e a braquiterapia. A radioterapia externa é a forma mais comum e requer absoluta imobilização do paciente. Quanto mais elevada for à energia, mais profunda será a penetração dentro do corpo.

O implante de radiação interna, ou braquiterapia libera uma alta dose de radiação para uma área localizada. A dose de radiação é colocada diretamente em contato com o tecido tumoral. Essa radiação interna pode ser implantada por meio de agulhas, sementes, pérolas ou cateteres dentro das cavidades corporais (SMELTZER et al, 2008).

A radioterapia pode ser radical (ou curativa), quando se busca a cura total do tumor; remissiva, quando o objetivo é apenas a redução tumoral; profilática, quando se trata a doença em fase subclínica, isto é, não há volume tumoral presente, mas possíveis células neoplásicas dispersas; paliativa, quando se busca a remissão de sintomas tais como dor intensa, sangramento e compressão de órgãos; e ablativa, quando se administra a radiação para suprimir a função de um órgão, como, por exemplo, o ovário, para se obter a castração actínica (INCA, 1993a).

3.4.3 TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico contra o câncer já vem desde a época egípcia, que até então veio se modernizando. Este tipo de tratamento pode ser cirurgia curativa, paliativa e preventiva. A excisão cirúrgica da totalidade do câncer permanece como o método de tratamento ideal e é o mais freqüente usado. A cirurgia na grande maioria das vezes pode ser o método primário de tratamento, ou pode ser profilática, paliativa ou reconstrutora (SMELTZER et al, 2008).

O INCA (1993b) mostra quais são os princípios da cirurgia oncológica, aos quais são específicos, tais como:

- Incisão cirúrgica ampla e adequada;
- Proteção da ferida operatória com campos secundários;
- Realização de inventário minucioso de cavidades;
- Laqueação das veias antes das artérias;
- Dissecção centrípeta da peça operatória;
- Isolamento do tumor com compressas;
- Manuseio cuidadoso da área afetada;
- Cuidados para não se cortar o tecido tumoral;
- Remoção tumoral com margem de segurança;
- Ressecção em bloco do tumor primário e das cadeias linfáticas, quando indicada;
- Troca de luvas, de campos operatórios e de instrumental cirúrgico, após o tempo de ressecção tumoral;
- Marcação com cliques metálicos, sempre que necessário, para orientar o campo de radioterapia pós-operatória.

A cirurgia diagnóstica, como biópsia, que visa obter uma amostra do tecido tumoral para análise das células suspeitas de malignidade. Os métodos de biópsia mais utilizados são excisional, incisional e por agulha. A cirurgia pode ser também, primária ao tratamento, e neste caso a meta é a retirada da totalidade ou o máximo do tumor possível e qualquer tecido vizinho envolvido na massa tumoral (SMELTZER et al, 2008).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa de campo, com abordagem metodológica quali-quantitativa.

Uma pesquisa de campo é comumente utilizada para gerar conhecimentos relativos a um problema, testar uma hipótese, ou provocar novas descobertas em uma determinada área sobre determinado assunto, baseando-se em projetos de pesquisa que determina as hipóteses, os objetivos e a metodologia utilizada para efetuar as observações controladas, as variáveis a serem observadas e analisadas, a amostragem, a técnica de coleta de dados, a preparação das informações e a análise estatística de cada amostra de uma pesquisa (CASTILHO; BORGES; PEREIRA, 2011).

Para Minayo (2010), por meio do método qualitativo é possível compreendermos as percepções, opiniões e interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem.

A pesquisa qualitativa é basicamente aquela que busca entender um fenômeno específico em profundidade, e ao contrario de estatísticas e regras, trabalha com descrições, comparações e interpretações. Na pesquisa quantitativo-descritivo o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos e o isolamento de variáveis principais também é realizado (CASTILHO; BORGES; PEREIRA, 2011).

A análise quantitativa foi utilizada para realizarmos a caracterização da amostra, organizando e analisando dados quantitativos usando procedimentos estatísticos, incluindo a estatística descritiva (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em 05 (cinco) áreas de Estratégia Saúde da Família (ESF) localizadas na Zona Oeste delimitada pela Coordenação de Atenção Primária do município Mossoró/RN, localizadas no Bairro Belo Horizonte. As áreas escolhidas para o estudo são nomeadas por números, que se descrevem a seguir: 111, 116, 155, 159, 177.

O local da pesquisa foi escolhido pelo fato de serem áreas de atenção primária à saúde que a pesquisadora responsável tem ampla familiaridade e bom acesso aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que facilitará a detecção do possível entrevistado, bem como o acesso ao seu domicílio.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma população é um conjunto de indivíduos que compartilham de, pelo menos, uma característica comum. Quando falamos em população estamos nos referindo a todos os habitantes de um determinado local. Uma população é um conjunto de indivíduos que trabalham em um mesmo lugar, alunos matriculados em uma mesma universidade, toda a produção de refrigeradores de uma fábrica, todos os cachorros de determinada raça em certo setor de uma cidade entre outros (RICHARDSON, 2010).

A amostra desta pesquisa constitui-se de uma parte não probabilística já que são utilizados procedimentos não aleatórios, sendo os sujeitos escolhidos por determinados critérios (RICHARDSON, 2010; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Foram abordados pessoas da terceira idade que eram portadoras de câncer que residam nas áreas de abrangência citadas como local de pesquisa. Dessa população foi retirados 08 (oito) idosos, que formou nossa amostra, respeitando-se os critérios de exclusão e inclusão.

Foram excluídos os idosos portadores de câncer que não tinham conhecimento da sua patologia, aqueles que não apresentava condições físicas ou psicológicas para responderem aos questionamentos, ou ainda restrições familiares.

Fizeram parte da pesquisa os idosos, acima de 60 anos, portadores de câncer, em tratamento.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento escolhido para a coleta de dados foi roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas. Na execução deste tipo de instrumento, o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas de maneira metódica, proporcionando ao investigado verbalmente, as informações necessárias para a coleta de dados (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Este método de coleta de dados é constituído por um roteiro de entrevista onde a presença do investigador é fundamental para a obtenção de informações por meio de um roteiro apresentando questões elaboradas de forma simplificada e com clareza, possibilitando que a leitura pelo investigador e entendimento pelo investigado ocorram sem maiores dificuldades (GIL, 2009).

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista. Podemos definir entrevista como a técnica onde o pesquisador se põe diante do pesquisado. Uma entrevista é uma forma de interação social, onde se tem um diálogo assimétrico, em que o pesquisador procura coletar dados e a pessoa a ser pesquisada se apresenta como fonte de informações (GIL, 2009).

Após aprovado a Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/LTDA, os idosos portadores de câncer foram abordados em seus domicílios para a referida pesquisa com o auxílio dos A.C.S e enfermeiros das áreas escolhidas como local de pesquisa.

O período de coleta de dados foi realizado no mês de setembro de 2013. O entrevistador utilizou um aparelho de MP4 para gravar as entrevistas que foi transcrita, de forma fidedigna como foi relatado.

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foi analisados por meio da abordagem metodológica em pesquisa qualitativa do tipo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que, consiste, segundo Lefrève, Lefrève (2005), de uma exposição de resultados que foram obtidos por meio de uma pesquisa qualitativa, tendo como base depoimentos em forma de discursos-sínteses, que são submetidos a uma análise inicial para serem selecionadas as idéias principais presentes em cada entrevista, com o objetivo de reunir todas elas em um só discurso escritos na primeira pessoa do singular.

Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente e organizados em forma de gráficos e tabela, que segundo Marconi e Lakatos (2007), as tabelas são definidas como método estatístico e sistemático em que podemos apresentar dados

por meio de colunas verticais ou fileiras horizontais, podendo assim representar todos os dados obtidos.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Toda monografia desenvolvida em seres humanos, realizado em todo território Brasileiro deve atender às exigências éticas e científicas fundamentais que foi redigido e guiado na forma estabelecida pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, incluindo essa monografia (BRASIL, 2012).

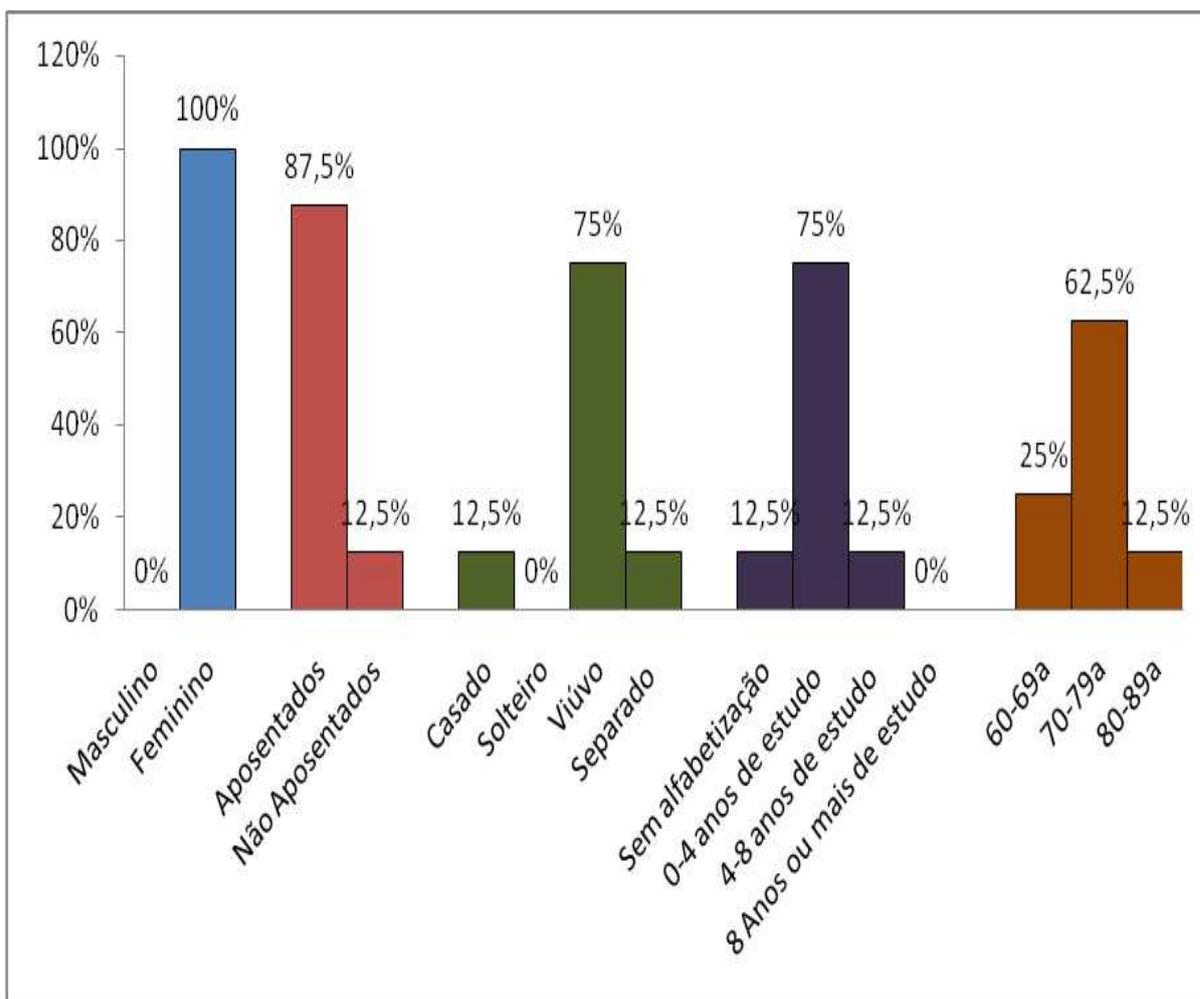
Também nos embasamos pela Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), pois a mesma aprova os profissionais de enfermagem em seu código de ética para fazerem pesquisa com seres humanos e os orientar quanto ao seu comportamento no seu campo de pesquisa e respeitar todas as formas éticas na sua legalidade (COFEN, 2007).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Todas as informações obtidas durante a coleta de dados serão aqui apresentadas. Os resultados e as suas análises estarão dispostas em duas etapas: sendo a primeira, uma análise quantitativa, que refere-se à caracterização da amostra bem como a situação em que se encontram cada idoso. A segunda, qualitativamente, representa a parte mais significativa da fala de cada idoso, ou seja, o discurso do sujeito coletivo e suas idéias centrais que serão dispostas em forma de quadros.

5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

GRÁFICO 1 - Caracterização da amostra segundo sexo, aposentadoria, estado civil, nível de escolaridade e idade. Mossoró/RN.



Fonte: Pesquisa de campo (2013)

De acordo com o gráfico 1, nossa amostra, segundo o sexo, é constituída por 100% de mulheres (n=08/08) idosas com diagnóstico de câncer. Quanto à aposentadoria, é composta por 87,5% (n=07/08) de idosas aposentadas e 12,5% (n=1/8) não aposentadas. Aponta ainda que o estado civil esteja representado por 12,5% (n=1/8) de idosas casadas, 75% (n=06/08) viúvas e 12,5% (n=01/08) separadas. Segundo a escolaridade, contamos com 12,5% (n=01/08) de idosas sem alfabetização, 75% (n=06/08) com 0 a 4 anos de estudo, 12,5% (n=01/08) com 4 a 8 anos de estudo, 0% (n=00/08) 8 anos ou mais de estudo. Quanto a faixa etária, é constituída por 25% (n=02/08) de idosos de 60 a 69 anos, 62,5% (n=05/08) de 70 a 79 anos, 12,5% (n=01/08) de 80 a 89 anos.

Os dados acima apontam que todas são mulheres, em sua maioria aposentadas, viúvas, sem alfabetização, com idade avançada, refletindo em um grupo que passou pelo tratamento sem o apoio de um esposo.

Estudos mostra que o aumento contínuo da longevidade feminina faz com que grande número de idosas vivencie progressiva fragilidade biológica do organismo, situações de agravos à saúde e ocorrência de doenças crônico-degenerativas, tais como o câncer que acomete parte desta faixa etária. (Santos, 2011).

Segundo Guerra e Caldas (2010), é bem perceptível o fato de nos tratarmos de uma sociedade capitalista em que vivemos, onde o trabalho e vigor físico são os maiores preditores de atividade de uma pessoa. Isso pode ser evidenciado por alguns idosos ao relatarem que a velhice é a perda da capacidade laborativa, e aposentadoria de muitas das suas atividades diárias.

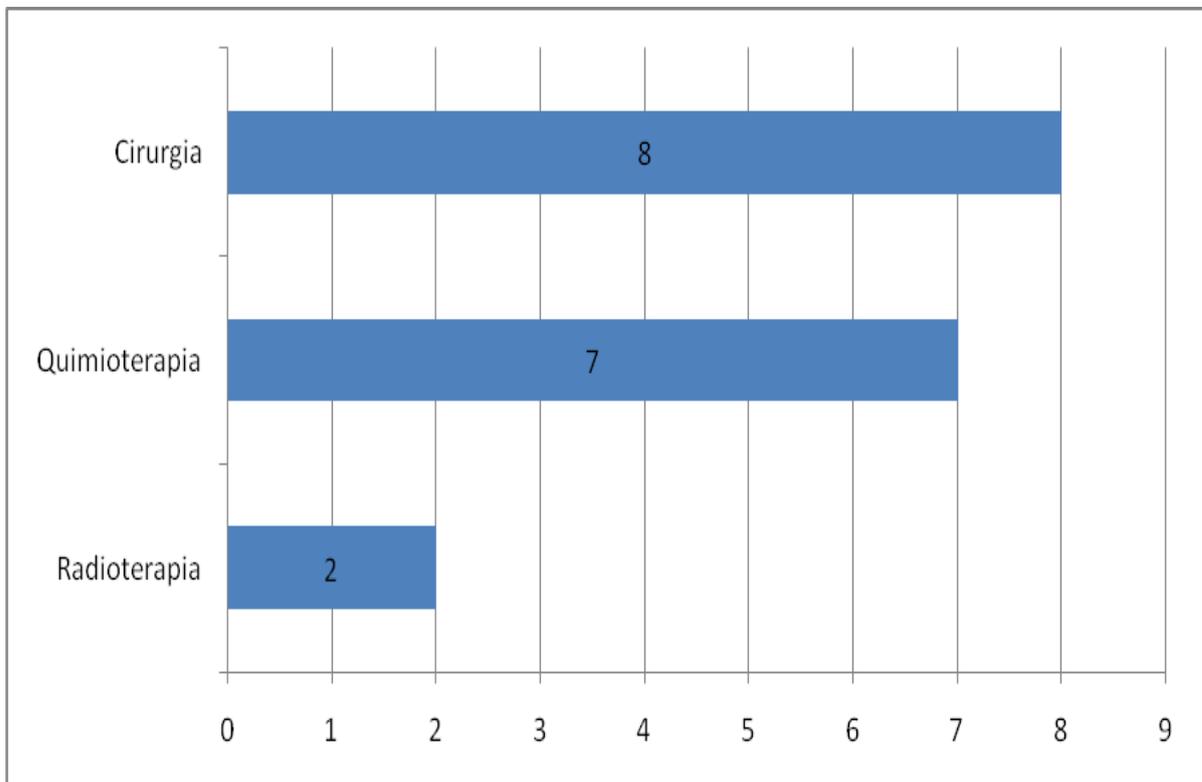
Segundo Teixeira e Fernandes (2003), o número de homens viúvos que se casam novamente é bem superior ao número das mulheres, o que corrobora com os dados encontrados em nossa amostra.

A partir das informações do censo demográfico de 2000 (IBGE, 200), compreendemos que em benefício de menor mortalidade feminino, foi constatado uma feminização no envelhecimento do segmento idoso. Observou-se que no envelhecimento reduz-se o número de mulheres casadas, e por sua vez elevou-se o número de viúvas, observou-se também o aumento na quantidade de homens morando sozinhos.

Observou-se que Idosos com três anos ou menos de escolaridade apresentam maior risco de incapacidades, segundo estudos que relacionam escolaridade com capacidade funcional (PESSINI, 2006).

Segundo Freitas, Queiroz, Souza (2010), considera-se, portanto, que não há uma idade universalmente aceita como limiar da velhice. As opiniões divergem de acordo com a classe econômica e o nível cultural, mesmo entre os estudiosos não há consenso. No olhar demográfico, a velhice está focalizada, prioritariamente, pelos limites numéricos.

GRÁFICO 2 - Caracterização da amostra quanto ao tipo de tratamento realizado contra câncer



Fonte: Pesquisa de campo (2013)

Quanto ao tratamento realizado, todas as mulheres foram submetidas ao procedimento cirúrgico.

De acordo com o gráfico 2, nossa amostra é constituída por 08 idosas que passaram por cirurgia, 07 por cirurgia e quimioterapia, e 02 por cirurgia e radioterapia.

Os dados acima apontam que todas estas mulheres passaram por um procedimento cirúrgico. Estudos mostram que o tratamento cirúrgico pode ser curativo, paliativo e preventivo. A cirurgia fornece um diagnóstico por meio de biópsia que analisa células suspeitas de malignidade. A excisão cirúrgica da totalidade do câncer permanece como o método de tratamento ideal e é o mais frequentemente usado (SMELTZER et al, 2008).

Em relação ao tratamento quimioterápico, a maioria das entrevistadas utilizou esse tipo de tratamento. Durante a entrevista, notou-se que ao falar das reações do tratamento quimioterápico, elas demonstram forte emoção ao falar da queda de cabelo. Comumente se indica a quimioterapia antes ou após uma cirurgia, ou ainda isoladamente, sem que haja indicação cirúrgica. Porém a indicação do tipo de tratamento a ser feito depende de vários fatores, como o tipo de tumor, localização e estágio da doença. (INCA 2013).

Os dados apontam ainda um pequeno número das entrevistadas que passaram pelo tratamento radioterápico. Para Camargo e Lopes (2000) a radioterapia pode ser empregada em duas formas, a radioterapia externa e a braquiterapia. A radioterapia externa é a forma mais comum e requer absoluta imobilização do paciente. Quanto mais elevada for a energia, mais profunda será a penetração dentro do corpo.

5.2 DADOS RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DOS IDOSOS QUANTO AO CÂNCER

QUADRO 1: Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo em resposta à pergunta de como se sentiu quando lhe disseram que o mesmo tinha câncer. Mossoró/RN.

Idéia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Tristeza	Fiquei muito triste e com muitos problemas, não aceitava a doença. Procurei manter a calma.

Idéia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Negação	Não senti nada, entreguei a Jesus para resolver meu problema.
Idéia Central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Aversão	“Esta foi à doença mais nojenta que já teve”.

Fonte: Pesquisa de campo (2013)

Segundo a Idéia central I do DSC, apresentado no Quadro 1, as entrevistadas relataram ter sentido uma forte emoção caracterizada por grande tristeza.

Cada pessoa tem sua forma de experiência com o câncer, o qual pode ser percebido a partir de diferentes aspectos. Desse modo, ressalta-se sobremaneira a facticidade atribuída pelos idosos quando descreve o significado do câncer. (MERLEAU-PONTY, 2006).

O câncer é visto como uma doença incurável e também por ser a mais terrível de todas, provavelmente, pelo maior ressentimento que provoca nos seus portadores, os quais passam por restrições e/ou sequelas que lhes impõe essa doença (ou mesmo o tratamento), já que não podem desempenhar as mesmas atividades que realizavam antes da doença. Para essas pessoas, é explícito o medo

da doença, do que ela causa ou poderá causar ao seu corpo, tornando diferentes de outras pessoas (SOARES; SANTANA; MUNIZ, 2010).

Já na Idéia central II do DSC, uma das entrevistadas tem uma forte negação ao saber do diagnóstico de câncer, no entanto, com forte religiosidade, quando entregou a Jesus a recuperação se sua situação de saúde. É comum os idosos buscarem colocar o câncer dentro da normalidade, para tentar sentirem-se “normais”, ou seja, não portadores de uma doença estigmatizante, que traz dor e sofrimento, como é culturalmente atribuído. Com a tentativa de igualar-se com os outros, “sendo-como-o-outro”, os idosos podem se identificar com outras pessoas que também têm câncer e justificarem para si mesmos que não são diferentes de outras pessoas. (GOLDSTEIN; SOMMERHALDER, 2006).

Segundo a Idéia central III do DSC, apresentado no Quadro 1, as entrevistadas relataram ter sentido uma grande aversão da sua doença, quando fala: “Esta foi à doença mais nojenta que já teve”.

Na Uma pessoa que vivencia a situação de uma doença pode apresentar as mais variadas reações, mas apresentam também os mecanismos de enfrentamento, nos quais podem incluir a condição de o indivíduo deixar de ser ele mesmo, na tentativa de fugir da situação e negando sua gravidade, como frequentemente acontece. Neste momento ele transfere o controle de si para outro ou assume sua autenticidade e volta-se para si mesmo, aceitando o sofrimento em questão (MERLEAU-PONTY, 2006).

QUADRO 2: Idéia Central e Discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta sobre seu pensamento ao saber que iria realizar o tratamento. Mossoró/RN.

Idéia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Fé	Procurei forças em Deus para enfrentar o tratamento. ... entreguei a Jesus para resolver meu problema.

Idéia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Tratamento	Sabia que através do tratamento, encontraria a cura para minha doença.
Idéia Central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Medo	Eu senti bastante medo de morrer ao saber que deveria passar por um tratamento.

Fonte: Pesquisa de campo (2013)

Segundo a Idéia central I do DSC, apresentado no Quadro 2, as entrevistadas apresentaram uma forte religiosidade e fé no seu enfrentamento e perspectiva de vida.

Os idosos admitem o valor do tratamento, mas enfatizam a necessidade de ter fé em Deus, que devido o envelhecimento, o ser humano passa a valorizar com maior intensidade as condições e concepções espirituais e religiosas que traz consigo (GOLDSTEIN; SOMMERHALDER, 2006).

Já na Idéia Central II, compreendemos que boa parte das idosas buscaram o tratamento para uma possível cura da doença em questão. Ao enfrentar o câncer, os idosos muitas vezes demonstraram acreditar na ciência, ou melhor, na terapêutica convencional para seus problemas de saúde, admitindo o valor do tratamento para melhorar sua qualidade de vida com boas perspectivas de cura (SOARES; SANTANA; MUNIZ, 2010).

Na Idéia Central III, algumas das entrevistadas revelaram que tiveram bastante medo de morrer durante o procedimento cirúrgico ou tratamento. Isto ocorre, provavelmente, devido ao efeito devastador do câncer na vida do idoso, devido o temor às mutilações e desfigurações que a doença e os tratamentos podem provocar, pelo medo da morte ou pelas muitas perdas emocional, social e material, que frequentemente acontecem. (SILVA, 2008).

QUADRO 3: Idéia Central e Discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta sobre as dificuldades que enfrentou durante o tratamento e como as enfrentou. Mossoró/RN.

Idéia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Sem dificuldades	Não tive dificuldades durante o meu tratamento.
Idéia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Com dificuldades	Muitas dificuldades, mais estou vencendo.
Idéia Central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Tipos de dificuldades	...ficava muito cansada durante as viagens, por minha idade avançada.

Fonte: Pesquisa de campo (2013)

Na Idéia Central I do DSC, apresentado no Quadro 3, a entrevistada revela que não passou por nenhuma dificuldade durante o tratamento e que gostava do ambiente pela animação dos voluntários que acalorava e oferecia lanches aos portadores de câncer.

Nesse processo de conhecimento do câncer, o idoso, de alguma forma especial, é continuamente desafiado a se adaptar e se reestruturar devido às novas situações vivenciadas (SOARES; SANTANA; MUNIZ, 2010).

Já na Idéia Central II, outras demonstraram ter passado por muitas dificuldades durante o tratamento, que as superou. A doença e sua terapêutica também geram estresse e angústia, pois causam o medo de morrer, a renúncia de planos para o futuro, mudanças físicas, psíquicas e sociais. Saber da doença e/ou estar em tratamento significa estar constantemente convivendo com incertezas (TRINCAUS; CORRÊA 2007).

Na Idéia Central I do DSC, apresentado no Quadro 3, algumas entrevistada revela ter passado por dificuldades em que ficavam muito cansadas durante as viagens, justificado pela idade avançada.

É por uma experiência do câncer, que o corpo exibe sua dimensão existencial de modo concreto, porquanto é o corpo próprio que permite o existir, e é ele quem padece pela exposição aos carcinógenos que afetam a existência de uma pessoa, quando ocorre a manifestação da doença (SOARES; SANTANA; MUNIZ, 2010).

QUANDO 4: Idéia Central e Discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta quanto às perspectivas futuras. Mossoró/RN.

Idéia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Cura	<p>Creio que estou curada.</p> <p>... muita força, saúde e paz.</p>

Idéia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Medo/Morte	<p data-bbox="619 304 1082 338">Medo de enfrentar outro câncer.</p> <p data-bbox="619 651 1129 685">...dias pouco de vida, quero morrer.</p>

Fonte: Pesquisa de campo (2013)

Segundo a Idéia Central I do DSC, apresentado no Quadro 4, as entrevistadas apresentaram boas e más perspectivas. O idoso com câncer mostrou-se confuso, descrevendo o mundo vivido ora de forma positiva, ora de forma negativa, e revelando modificações tanto objetivas como subjetivas na sua relação com o mundo em que vivem (SOARES; SANTANA; MUNIZ, 2010).

Já na Idéia Central II, outras entrevistadas demonstram muito medo de enfrentar outro câncer, por saber que podem desenvolver novamente essa patologia no decorrer da vida. Isto advém, provavelmente, devido ao terror do câncer na vida do idoso, pelas mudanças que ele pode trazer para o seu corpo ou até mesmo provocar sua morte, ou ainda perdas emocionais, sociais e materiais, que comumente ocorrem com estas pessoas (SILVA, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste trabalho, desde a sua elaboração do projeto até a coleta foi de grande desafio, pois trabalhar com a temática “Enfrentamento e perspectivas de vida de idosos diante do diagnóstico de câncer” nos mostra diferentes pontos sobre como a terceira idade percebe e enfrenta o câncer. Trabalhar com o tema em questão foi extremamente difícil e doloroso, porém, sabia-se que a temática proporcionaria um maior conhecimento e o quanto seria engrandecedor compreender o pensamento desta parcela da população.

Foi durante o procedimento cirúrgico que as entrevistadas demonstraram maior medo. Medo de não resistir à cirurgia e morrer durante a retirada do tumor, e ainda medo de passar novamente por outro procedimento igual. Foi bastante visível a emoção das mesmas ao relatar o dia em que realizaram a cirurgia. As que por consequência do tumor perderam parte ou totalmente uma das mamas ficaram com vergonha de se expor a outras pessoas. Quando as sequelas são grandes, chegam a desejar a própria morte pelo fato de darem trabalho aos familiares e por incômodos físicos, estéticos e psicológicos.

Durante a coleta de dados, teve-se a oportunidade de conhecer as mais diferentes realidades, com isso passamos a entender o ser humano em sua totalidade, respeitando a sua história de vida e o contexto social no qual se encontra.

Por meio da pesquisa constata-se que as idosas com diagnóstico de câncer, são únicas e especiais, e encontra-se em constantes mudanças, pois são frequentemente condenadas por preconceitos vindos do meio em que vivem, dos seus cuidadores, da própria história de vida, das demais pessoas que estão envolvidas direta ou indiretamente com os processos de adoecimento e tratamento, que por sua vez, geram respostas, tanto positivas como negativas, que interferem no comportamento delas e de toda a família.

Segundo as significações expostas pelos idosos que participaram deste estudo, demonstra que o câncer traz um grande impacto, tanto físico como psicológico, decorrente não só da possibilidade da morte, mas também da percepção de sua agressividade e incurabilidade, das limitações físicas e das alterações em seu dia-a-dia, bem como da própria doença ou seu tratamento.

Sendo assim, no caminho para desvelar o significado atribuído ao câncer, surgiram dos discursos das idosas múltiplas significações associadas ao viver com

câncer, como a aceitação, a paciência e o medo. Apesar das idosas desejarem passar a idéia de que convivem bem com a doença, foi possível encontrar incoerências em suas declarações, que vieram revelar um grande sofrimento que carregam ao viverem com o câncer. Assim, evidenciou-se múltiplos sentimentos que permeiam o mundo e a vida das idosas portadores de câncer, por meio das expressões faciais, tremores e de emoções explícitas por “olhos cheios d’água”. É provável que o envelhecimento envolva múltiplos fatores e a forma de ser e de vivenciar esta etapa de vida se dá de maneira muito singular, em especial por ser uma pessoa única que possui seus próprios valores e histórias de vida, crenças e temores sobre a doença e o tratamento.

Espero que as descobertas aqui abordadas sobre o enfrentamento e perspectivas de vida de idosos diante do diagnóstico de câncer possam auxiliar na individualização das ações terapêuticas de enfermagem direcionadas a esses pacientes, tendo em vista os diversos aspectos envolvidos na progressão do câncer em idosos. Espero uma continuidade dos estudos relacionados a essa temática e de se buscarem estratégias para a qualificação dos profissionais que assistem os indivíduos em seu processo de envelhecer e adoecer com câncer.

Foram alcançados os objetivos proposto. Vale ressaltar que foi uma experiência única e especial. Acredita-se que servirá de base para outros projetos futuros que irei desenvolver.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes hospitalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1317-1326, nov./dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000400013&script=sci_arttext Acesso em: 25 Out 2013.
- AMANCIO, A. **Clínica geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2003.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 05 de jan. 1994.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 de out. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Oncologia**: Manual de bases técnicas. 11. ed. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério. Resolução Nº 466, DE 12 de dezembro de 2012. **Revoga a Resolução CNS Nos 196/96, 303/2000 e 404/2008 impondo revisões periódicas a ela, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética**. Brasília, 2012.
- BRASILEIRO FILHO, G.; PEREIRA, F. E. L.; GUIMARÃES, R. C. Distúrbios do crescimento e da Diferenciação Celular. In: BRASILEIRO FILHO, Geraldo. **Bogliolo Patologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- BRITO, F.C. e LITVOC, C. J. Conceitos básicos. In F.C. Brito e C. Litvoc (Ed.), **Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde**. São Paulo: Atheneu, p.1-16, 2004.
- CAMARGO, B.; LOPES, L. F. **Pediatria Oncológica**: noções e fundamentos para o pediatra. São Paulo: Lemar, 2000.
- CASTILHO, A. P.; BORGES, N. R. M.; PEREIRA, V. T. **Manual de metodologia científica**. Itumbiara: 2011. Disponível em: www.pedagogiaemfoco.pro.br/mc200901.pdf. Acesso em: 20 Maio 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução COFEN 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.

FREITAS, M. C.; Queiroz, T. A.; SOUZA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. V. 44, n.2, p. 407-412, 2009.

Disponível em: www.ee.usp.br/recusp> Acesso em: 29 de Nov. 2013.

GIL, A. C., **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOLDSTEIN, L.L.L.; SOMMERHALDER, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: FREITAS, E.V. et al (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 950-6.

GONONG, F. W. **Fisiologia médica**. 19. ed. Rio de Janeiro: Mc Gran-Hill, 2000.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n6, p. 2931-2940, 2010

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória de Moura; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva, Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n.3, p. 227-234, 2005. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/1773/1/PDF%20-%20Ana%20Maria%20Freire%20Santos.pdf> Acesso em: 25 Out 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Tratamento Cirúrgico**. 1993a. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=98 Acesso em: 25 Abr. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. **Radioterapia**. 1993b. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=100 Acesso em: 25 Abr 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Câncer: O que é o câncer?** 2013c. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322 Acesso em: 10 Abr. 2013.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa**. 2. Ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

LEME, L. E. G. **O envelhecimento**. 3. ed. São Paulo: contexto, 2000.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2007.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitic, 2010.

NETTO, M.P. História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos. In E.V. Freitas., L. Py., A.L. Néri., F.A.X. Cançado., M.L. Gorzoni, M.L e S.M. Rocha (Eds.), **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-12, 2002

PILGER C.; MENON M. H.; MATHIAS T. A. F.; Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. set.-out. 2011.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf Acesso em: 29 de Nov. 2013.

PESSINI; L. B. C. (Org.). **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: centro Universitário São Camilo; ed. Joyote, 2006.

PETROIANU, A.; PIMENTA, L.G. **Clínica e cirurgia geriátrico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

PICKLES, et al. **Fisioterapia na terceira idade**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

RODRIGUES, R. et al. **Como cuidar dos idosos** 2. ed. São Paulo: Papyrus, 2000.

SANTOS, S. V. Neoplasias. In: ROCHA, A. (Org). **Patologia: Processos gerais para o estudo das doenças**, 2. ed. São Paulo: Rideel, 2011.

SANTOS, M. S. Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do cancer cérvico-uterino. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 mai-jun.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a09.pdf> Acesso em: 29 de Nov. 2013

SILVA, L.C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicol. estud.**, v.13, n.2, p.231-237, abr./jun. 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2.pdf> Acesso em: 25 Out 2013.

SIMÕES, Regina. **Corporeidade e Terceira Idade: A marginalização do Corpo Idoso**. 3.ed. Piracicaba: Unimep,1998.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SOARES, L. C.; SANTANA, M. G.; MUNIZ, R. M. O fenômeno do câncer na vida de idosos. **Cienc Cuid Saude**, v.9, n.4, p.660-667, out./dez. 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/7785/7182> Acesso em: 25 Out 2013.

STRICKER, Thomas P.; KUMAR, Vinay. Neoplasia. In: KUMAR, Vinay et al. **Robbins e Cotran: Patologia, Bases patológicas das doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

TEIXEIRA, M.B; FERNANDES, R.A.Q. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos com distúrbio mental **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.56, n.6, p. 619-623, nov./dez. 2003.

TRINCAUS, M.R.; CORRÊA, A. K. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.1, p.44-51, mar. 2007.

VANDERVOORT, A. A. Alterações biológicas e fisiológicas. In: PICKLES, et al. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 2000.

VERAS R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Rev. Saúde Pública. 2009 jun.; 43(3): 548-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1913.pdf> Acesso em: 29 de Nov. 2013.

WUNSCH FILHO, V.;KOIFMAN S. Tumores malignos relacionadas com o trabalho. In: Mendes R. **Patologia do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Jackson Francisco da Silva, pesquisador participante, aluno regularmente matriculado no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança - FACENE, sob a orientação da pesquisadora responsável, Jussara Vilar Formiga, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título **“Enfrentamento e perspectivas de vida de idosos diante do diagnóstico de câncer”**.

Tem-se como objetivo geral: Analisar o enfrentamento e as perspectiva de vida dos idosos diante de um diagnóstico de câncer: caracterizar a situação social dos idosos entrevistados; conhecer os sentimentos dos idosos sobre o diagnóstico de câncer; analisar na opinião dos idosos com relação ao tratamento do câncer e as dificuldades enfrentadas.

Justifica-se essa pesquisa por interesse do pesquisador pelo tema desde motivos pessoais, quando possui idoso com câncer como membro da família, até interesses científicos, quando busca compreender melhor a forma como os idosos enfrentam esse problema de saúde.

Convidamos o (a) senhor (a) a participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dados pessoais e dados relacionados as suas percepções ao receber o diagnóstico de câncer e seu enfrentamento e perspectivas de vida. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do senhor (a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo apresenta riscos mínimo, porém os benefícios superam os riscos.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora na realização desta pesquisa.

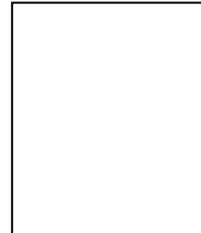
Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma.

Declaro também que os pesquisadores me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/LTDA.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, _____ de _____ de 2013.

Jussara Vilar Formiga
Pesquisadora responsável



Participante da Pesquisa/Testemunha

Endereço (Setor de Trabalho) da Pesquisadora Responsável:
Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN
CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084) 3312-0143
e-mail: jussaravilar@facenemossoro.com.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa
R. Frei Galvão, 12 Bairro: Gramame – João Pessoa/PB
CEP: 58.000-000 Fone: (083) 2106-7792
e-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA**1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

1. Sexo: () M () F
2. Idade: _____ anos
3. Aposentado? () Sim () Não
4. Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado
Se casado (a), idade do cônjuge: _____
5. Nível de Escolaridade () Sem alfabetização () 0-4 anos de estudo () 4-8 anos de estudo () 8 anos ou mais de estudo

2 DADOS RELACIONADOS AO TEMA EM QUESTÃO

2.1 Como o Sr (a) se sentiu quando lhe disseram que o Sr (a) tinha câncer?

2.2 Que tipo tratamento o Sr (a) realizou?

() Radioterapia () Quimioterapia () Cirurgia

2.3 O que o Sr (a) pensou ao saber que iria realizar o tratamento?

2.4 Que dificuldades o Sr (a) enfrentou durante o seu tratamento e como as enfrentou?

2.5 O que o Sr (a) espera do seu futuro?

ANEXO

