

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**REPERCUSSÕES DO CÂNCER DE PULMÃO NO PACIENTE E NA
FAMÍLIA.**

ODALÉA INÁCIA ALVES BRANDÃO

RECIFE,
2021

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**REPERCUSSÕES DO CÂNCER DE PULMÃO NO PACIENTE E NA
FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada à Banca de Mestrado em
Psicologia da Saúde, Pós-Graduação *stricto sensu* da
Faculdade Pernambucana de Saúde, como cumprimento
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde.

Mestranda: Odaléa Inácia Alves Brandão

Orientadora: Profa Dra. Thálita Cavalcanti Menezes da Silva

Linha de pesquisa: Processos clínicos e ciclos de vida

RECIFE,

2021

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

B821r Brandão, Odaléa Inácia Alves

Repercussões do câncer de pulmão no paciente e na família. /
Orientadora Thálita Cavalcanti Menezes da Silva. – Recife: Do Autor,
2021.

96 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação
Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, 2021.

1. Câncer de pulmão. 2. Adoecimento 3. Relação familiar. 4.
Psicologia da Saúde. I. Silva, Thálita Cavalcanti Menezes da,
orientadora. II. Título.

CDU 159.9:61

ODALÉA INÁCIA ALVES BRANDÃO

**REPERCUSSÕES DO CÂNCER DE PULMÃO NO PACIENTE
E NA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada em:

Membros da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Thálita Cavalcanti Menezes da Silva (Orientadora – FPS)

Profa. Dra. Juliana Monteiro Costa (Examinadora Interna – FPS)

Profa. Dra. Priscila Machado Moraes (Examinadora Externa – UNIEVANGELICA)

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação a todos os pacientes que enfrentam a luta contra o câncer, por sua força e perseverança.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fortaleza que me deu oportunidade para cursar o mestrado, estudando o que optei por estudar. Me possibilitando através dessa experiência amadurecimento acadêmico, profissional e pessoal.

A minha família por sempre acreditarem na minha capacidade acadêmica, apoiando minhas escolhas e incentivando os meus estudos.

Aos amigos Rubens Júnior, Viviane Gadelha e Beatriz Cardoso pelo incentivo nas horas de desânimo.

Aos meus colegas de mestrado pelo compartilhamento de saberes e afetos durante esses dois anos.

A minha orientadora Profa. Dra. Thálita Menezes, pela paciência e por compartilhar comigo seu amplo conhecimento.

A todos os professores que fazem parte do programa de pós graduação em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde. FPS

Aos pacientes oncológicos, que aceitaram participar da pesquisa, compartilhando de um momento tão difícil e contribuindo ricamente com meu aprendizado.

Ao Hospital em que a pesquisa foi realizada em especial à equipe de oncologia por ter me dado a oportunidade de desenvolver a pesquisa com os pacientes.

Aos colaboradores do instituto de pesquisa do referido hospital por serem sempre tão disponível me auxiliando nos procedimentos necessários mediando o contato com a equipe e a direção hospitalar.

EPÍGRAFE

“No meio da dificuldade encontra-se a oportunidade.”

Albert Einstein

RESUMO

Introdução: A doença e a hospitalização costumam trazer sofrimentos intensos para o ser humano e para a família. Dessa forma, o câncer em suas formas variadas vem se configurando como um sério problema de saúde pública caracterizando-se como um dos momentos mais difíceis de enfrentamento para a experiência humana, pois diante dessa enfermidade o paciente e a família vivem momentos inesperados. **Objetivo:** Analisar as repercussões do adoecimento e do diagnóstico de câncer de pulmão sobre o paciente e a relação familiar, visando compreender as implicações em relação ao convívio e interações familiares. **Método:** Estudo de natureza qualitativa, descritiva. Realizado por meio de técnicas de entrevistas semiestruturadas. Tendo como participação dez pacientes em tratamento oncológico de câncer de pulmão. As entrevistas foram analisadas através da técnica de análise temática de conteúdo descrita por Minayo (2017). **Aspectos Éticos:** O estudo seguiu as diretrizes da resolução 510/2016 do Conselho Nacional em Saúde para pesquisas com seres humanos. A referida pesquisa teve seu início após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do local onde ocorreu o estudo. **Resultados:** Essa pesquisa resultou em dois produtos, um artigo destinado à revista Arquivos Brasileiros de Psicologia e uma oficina de sensibilização para pacientes acometidos com câncer de pulmão. A partir das entrevistas e suas análises foram encontradas algumas categorias como: medo, morte, angústia, fé, família; O medo do desconhecido; A morte como ameaça de vida; A angústia como um tormento; Fé como esperança de cura; Deus como sinônimo de bem estar e gratidão e a família como base de sustentação. **Considerações Finais:** A pesquisa contribuiu para o debate atual dos estudos brasileiros sobre o câncer de pulmão e suas repercussões sobre o paciente e a família, o impacto do diagnóstico relacionado com as questões emocionais e estruturais das adaptações e das mudanças nos hábitos de vida. Com o adoecimento o ser humano se percebe necessitado de cuidados que possa lhe assegurar o apoio e as condições indispensáveis para o enfrentamento da situação de adoecimento. A pesquisa também apresentou de acordo com a investigação realizada, que para os pacientes, o relacionamento familiar melhorou no sentido de haver a aproximação de parentes, em qualquer grau de parentesco, assim como de pessoas que estavam distantes, com o objetivo de colaborar com o momento delicado ao qual o doente estava passando. Assim, os pacientes se sentiram mais amados e apoiados no ambiente familiar.

Palavras chaves: Câncer de pulmão; Adoecimento; Relação familiar; Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Disease and hospitalization usually bring intense suffering to human beings and the family. In this way, cancer in its various forms has been configured as a serious public health problem, characterized as one of the most difficult moments of coping for the human experience, because, in view of this disease, the patient and family experience unexpected moments. **Objective:** To analyze the repercussions of the illness and the diagnosis of lung cancer on the patient and family relationship, in order to understand the implications in relation to family life and interactions. **Method:** Qualitative, descriptive study. Carried out through semi-structured interview techniques. Having as participation ten patients in cancer treatment of lung cancer. The interviews were analyzed using the thematic content analysis technique described by Minayo (2017). **Ethical Aspects:** The study followed the guidelines of resolution 510/2016 of the National Health Council for research with human beings. This research began after the review and approval of the Ethics Committee in Research with human beings in the place where the study took place. **Results:** This research resulted in two products, an article for the journal *Arquivos Brasileiros de Psicologia* and an awareness workshop for patients affected with lung cancer. From the interviews and their analysis, some categories were found, such as: fear, death, anguish, faith, family; Fear of the unknown; Death as a threat to life; The anguish as a torment; Faith as hope for healing; God as a synonym for well-being and gratitude and the family as a base of support. **Final Considerations:** The research contributed to the current debate of Brazilian studies on lung cancer and its repercussions on the patient and family, the impact of the diagnosis related to the emotional and structural issues of adaptations and changes in lifestyle habits. With illness, human beings perceive themselves in need of care that can ensure the support and indispensable conditions for coping with the illness situation. The research also showed, according to the investigation carried out, that for the patients, the family relationship improved in the sense that there was an approximation of relatives, in any degree

of kinship, as well as of people who were distant, in order to collaborate with the delicate moment, the patient was going through. Thus, patients felt more loved and supported in the family environment.

Keywords: Lung cancer; Illness; Family relationship; Health Psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPQ	Carcinoma de não pequenas células
CPQ	Carcinoma de pequenas células
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
QT	Quimioterapia
RHP	Real Hospital Português
RIO	Real Instituto de Oncologia
RT	Radioterapia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	11
1.1 O câncer e sua tipologia.....	12
2.2 O câncer e seus fatores de riscos.....	13
1.3 O câncer e suas repercussões emocionais	13
1.4 O adoecimento e a hospitalização.....	14
1.5 Dinâmica familiar de um paciente com câncer de pulmão	15
II. OBJETIVO GERAL	16
2.1 Objetivos específicos	16
III. MÉTODO	17
3.1 Desenho do estudo.....	17
3.2 Local do estudo.....	17
3.3 Período do estudo	17
3.4 População do estudo	18
3.5 Critérios e procedimentos para seleção dos participantes	18
3.5.1 Critérios de inclusão.....	18
3.5.2 Critérios de exclusão	18
3.5.3 Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes	18
3.6 Produção dos dados	19
3.7 Estratégias utilizadas para produção das entrevistas.....	19
3.8 Processamento das entrevistas	20
3.9 Análise e produção das entrevistas da pesquisa	20
3.9.1 Análise e discussão das entrevistas	21
Entrevista 01: Orquídea	21
Entrevista 02: Begônia	23

Entrevista 03: Azaléia	25
Entrevista 04: Cactos	27
Entrevista 05: Pinheiro	30
Entrevista 06: Crisântemo.....	32
Entrevista 07: Coqueiro.....	35
Entrevista 08: Lírio	37
Entrevista 09: Copo De Leite	38
Entrevista 10: Papoula.....	40
3.10 Aspectos éticos	42
3.11 Conflito de interesses	43
IV. RESULTADOS	43
4.1 Artigo	44
4.2 Oficina de sensibilização.....	69
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
VI. REFERÊNCIAS	75
VII. APÊNDICES	78
Apêndice A: Carta de anuência	78
Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido	79
Apêndice C: Termo de confidencialidade.....	82
Apêndice D: Questionário sociodemográfico	83
Apêndice E: Roteiro de entrevista	84
VIII. ANEXOS	85
Anexo A: parecer do comitê de ética	85
Anexo B: normas da revista para submissão do artigo	88

I. INTRODUÇÃO

O câncer é caracterizado como uma doença multifatorial decorrente do efeito combinado de fatores externos e genéticos agindo em simultaneidade e sequência. As células cancerosas, por sua vez, caracterizam-se por apresentarem rápida e incontrolável divisão celular que atingem tecidos e órgãos¹.

Para o Instituto Nacional do Câncer², entre 80% e 90% dos casos de câncer suas causas estão relacionadas ao ambiente externo a partir de mudanças provocadas pelos próprios homens e seus hábitos de vida. Nesse sentido, o ambiente se refere a um cenário amplo que envolve o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (as indústrias químicas e atividades de exposição à radiação ionizante), o ambiente de consumo (relacionados a alimentos, medicamentos) e o ambiente social e cultural (referindo-se a estilo e hábitos de vida)².

No que se refere ao risco do aparecimento do câncer de pulmão, ele está muito relacionado a pessoas que possuem o hábito de fumar, por exemplo, antigos fumantes quando comparado aos pacientes que nunca fumaram na mesma faixa etária de idade, mesmo após um grande período de tempo sem fazer uso do tabaco, tem maior probabilidade de receber o diagnóstico. Outro fator de risco para o câncer de pulmão é o fumo passivo, que consiste na inalação da fumaça de derivados do tabaco. Entretanto, as evidências são em relação a aspectos como características demográficas, tempo de exposição e faixa etária de idade³.

Quando diagnosticados com câncer, os pacientes passam por diversos tratamentos, como cirurgias, quimioterapias, radioterapia; tratamentos que deixam os pacientes e os familiares abalados e fragilizados, mudando a estrutura emocional familiar e as relações sociais e todos os envolvidos no processo⁴.

O diagnóstico de câncer pode causar impactos e inseguranças na família, pois o primeiro pensamento a respeito da doença é de morte. Quando a doença é diagnosticada, é muito comum que apareçam mitos e fantasias em torno do familiar portador da doença e também sobre o tratamento⁵.

1.1 O câncer e sua tipologia

Câncer é um termo genérico para um grande grupo de doenças que pode afetar qualquer parte do corpo. Outros termos utilizados são tumores malignos e neoplasias. A metástase é a principal causa de morte por câncer e se caracteriza pela invasão de células anormais para além de limites habituais e que se espalham para vários órgãos⁶.

Todavia, qualquer tipo de câncer, exige do paciente, independentemente da faixa etária, do gênero, do grau de escolaridade e da posição socioeconômica da pessoa doente, um processo de adaptação à nova realidade que se estabelece⁷.

O câncer é umas das causas de morte no mundo e foi responsável por 9,6 milhões de mortes em 2018. Pesquisas mostram que cerca de 70% das mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda. Em 2017, apenas 26% dos países de baixa renda relataram ter serviços de patologia disponíveis no setor público. Mais de 90% dos países de alta renda relataram que os serviços de tratamento estão disponíveis, em comparação com menos de 30% dos países de baixa renda. A explicação para este aumento está na maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos^{6,8}.

O câncer de pulmão é o segundo mais comum em homens e mulheres no Brasil. É o primeiro em todo o mundo desde 1985, tanto em incidência quanto em mortalidade. Cerca de 13% de todos os casos novos de câncer são de pulmão^{6,8}.

A redefinição dos padrões de vida, a partir da uniformização das condições de trabalho nutrição e consumo desencadeados pelo processo global de industrialização, tem reflexos importantes no perfil epidemiológico das populações. As alterações demográficas, com redução das taxas de mortalidade e natalidade, indicam o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, levando ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente as cardiovasculares e o câncer. O câncer é considerado problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sem distinções de desenvolvimento entre os países⁸.

No Brasil, a distribuição dos diferentes tipos de câncer sugere uma transição epidemiológica em andamento. Com o recente envelhecimento da população, que projeta o crescimento exponencial de idosos, é possível identificar um aumento expressivo na prevalência do câncer, o que demanda dos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS imenso esforço para a oferta de atenção adequada aos doentes⁸.

2.2 O câncer e seus fatores de riscos

O risco de câncer numa determinada população depende diretamente das características biológicas e comportamentais dos indivíduos que a compõem, bem como das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que os rodeiam. Esta compreensão é essencial na definição de investimentos em pesquisas de avaliação de risco e em ações efetivas de prevenção².

É nítido o aumento da prevalência de cânceres associados ao nível socioeconômico, as taxas de incidência elevadas de tumores geralmente estão associadas à pobreza. Certamente as distribuições resultam de exposição diferenciada a fatores ambientais relacionados ao processo de industrialização, como agentes químicos, físicos e biológicos, e das condições de vida, que variam de intensidade em função das desigualdades sociais⁵.

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão. Em cerca de 85% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco. O cigarro é, de longe, o mais importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer. No câncer de pulmão é de 18% (15% para homens e 21% para mulheres). Apenas 16% dos cânceres são diagnosticados em estágio inicial, para o qual a taxa de sobrevivência é de 56%. Esta perspectiva deixa clara a necessidade de grande investimento na promoção de saúde, na busca da modificação dos padrões de exposição aos fatores de risco para o câncer⁸.

1.3 O câncer e suas repercussões emocionais

O diagnóstico de câncer traz repercussões psicológicas e emocionais para população, as quais podem ser explicadas pelo grande medo em adoecer, ser impactado pela sua imagem corporal, ficar desamparado e pelo medo de morrer. A grande prevalência de sinais e sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes em seguimento oncológico repercute com prejuízo na qualidade de vida⁶.

No que se refere ao estresse causado pelo câncer, sabe-se que a família pode apresentar queixas ocasionadas pelo sofrimento emocional, psicológico e físico de seu familiar. Esse estresse é oriundo das demandas e das consequências do tratamento, como internações, quimioterapias, cirurgias e sessões de radioterapia⁹.

Desta forma, por meio da rotina do tratamento de um familiar com câncer, a família começa a ser introduzida a um mundo que a amedronta, desconhecido e diferente do qual ela

está habituada: o mundo da doença. O recebimento de um diagnóstico indesejado pode alterar o funcionamento familiar. Quando a doença é diagnosticada como oncológica, a percepção da finitude da vida torna-se presente e é muito comum que apareçam mitos e fantasias em torno do membro portador da doença e também de seu tratamento⁹.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer - INCA, assim como ocorre com o paciente diagnosticado, sua família também sofre em função das dúvidas e inseguranças advindas dessa notícia. Os valores, o conhecimento prévio, a história da família e as suas expectativas em relação ao tratamento podem interferir na forma de lidar com a doença e nos cuidados para com o membro enfermo da família².

Partindo desse viés, observa-se o quanto a temática é importante, uma vez que na psicologia da saúde em geral, trabalha-se no próprio contexto onde o comportamento ocorre sendo fundamental, uma análise detalhada do ambiente, de fatores culturais, psicológicos e emocionais predisponente a doença. Assim, como também um conhecimento de epidemiologia e fatores psicossociais de risco para doenças físicas.⁹

Dessa forma, as mudanças provenientes do adoecimento de câncer, requerem que o paciente e a família retomem e redirecionem alguns projetos de vida¹⁰ como a aceitação do estado de doença e das perdas que se dão de maneira gradativa. Assim o paciente pode passar por uma fase de negação da doença. Podendo esta fase ser seguida por outras fases como a raiva, a barganha, depressão e aceitação¹⁰.

1.4 O adoecimento e a hospitalização

O adoecimento é um acontecimento que pode manifestar-se de repente na existência do homem, sem que este tenha feito planos para se submeter a ele e ao conseqüente tratamento, com a busca da reabilitação. No processo de adoecer, o homem que é um ser biopsicossocial se vê numa posição de desconformidade acarretado pela doença e as implicações desta¹¹.

O adoecimento é uma fase que coloca o ser humano frente a questões existenciais pouco consideradas no dia a dia do indivíduo normal, como estar diante da vida, de si mesmo da perda e do princípio da realidade. A hospitalização leva a necessidade de uma organização interna mais madura e mais perto da realidade da vida que é a morte¹².

O adoecer é a mais concreta situação de iminências de deterioração do homem. Com essa possibilidade transformada em realidade, a incerteza sobre o futuro, a não concretização de projetos e a possibilidade de morte passa a fazer parte das expectativas do doente. Segundo

Botega, a pessoa que adoece durante um tempo deixa de ser dona de si mesma e passa a vivenciar as limitações impostas pela doença¹².

A doença e a hospitalização costumam trazer sofrimento intenso e talvez sejam um dos momentos mais difíceis de enfrentamento para a experiência humana. Desde sempre o mistério da vida e da morte inquieta a humanidade, da antiguidade até os tempos atuais tivemos grandes avanços em relação ao tratamento de doenças, no entanto, a fragilidade humana se revela nesses momentos tornando-se difícil enfrentar tal situação¹³.

Geralmente, é no hospital, que será comunicado o diagnóstico do paciente, e isso é mais um fator que colabora para essa visão do local. A comunicação de uma notícia difícil ou de más notícias, é sempre o fato de informar algo que acarreta mudanças para a vida e a resposta que o paciente vai ter depende de suas características pessoais, esperanças relacionadas ao futuro e condições psicossociais¹⁴.

Assim, o hospital para algumas pessoas é considerado como um lugar ameaçador, apresentando-se como mais um lugar da morte do que a de recuperação da saúde. Se nos reportarmos a antiguidade veremos que o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres e o lugar aonde estes iam para morrer. Não haviam doentes para serem curados. Era uma instituição de assistência e também de exclusão e separação. Com o passar do tempo, o hospital conquistou o papel de atuar em todos os serviços de saúde, desde a prevenção até a reabilitação, e os seus cuidados médicos se direcionam à população como um todo¹³.

1.5 Dinâmica familiar de um paciente com câncer de pulmão

Denomina-se família o conjunto de pessoas que possuem grau de parentesco ou laços afetivos e vivem na mesma casa formando um lar. A família é uma instituição social que varia ao longo da história e apresenta formas e finalidades diversas. Como toda instituição social possui seus aspectos positivos, como um núcleo afetivo de apoio e solidariedade. E apesar dos conflitos que possam existir no seu núcleo, a família tem um papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade da afetividade e do bem estar físico dos integrantes, principalmente durante o período da infância e da adolescência.

Em todo esse contexto é importante destacar a percepção e as vivências da família quando um dos integrantes desse sistema adoece a ponto de precisar de um acompanhamento hospitalar. Quando uma pessoa adoece, este fato provoca uma modificação na dinâmica da sua

família (independente se o familiar está no hospital ou em sua residência) e todos precisam se movimentar em torno do adoecimento⁸.

A mudança acaba ficando atrelada ao estresse, problemas de organização e economia, de acordo com o papel que a pessoa enferma desempenha na família. Assim, muitos aspectos da doença pesam sobre os familiares, sobretudo, se a doença se prolongar, uma vez que terá que reestruturar as suas relações e rever o andamento da vida de acordo com as exigências do enfermo, muitas vezes também do médico e até mesmo do hospital⁹.

O adoecimento gera sempre alguns transtornos psicossociais principalmente quando olhamos para o paciente em seu novo modo de vida. Por isso, a terapia sistêmica familiar pode contribuir de forma significativa para pacientes oncológicos, de modo que ela promove uma adaptação emocional à doença, capacita a família para cuidar e auxiliar nas decisões do paciente, bem como nas possíveis elaborações sobre a proximidade do morrer¹⁶.

Por esta razão, estudos que investiguem a angústia do paciente e de seus familiares em sua família se mostram necessários. Diante do exposto, o objetivo desse trabalho é de descrever a experiência de enfrentamento de pacientes com câncer de pulmão e seus familiares em um hospital particular do Recife-PE.

II. OBJETIVO GERAL

Analisar as repercussões do adoecimento e do diagnóstico de câncer de pulmão sobre o paciente e a sua dinâmica familiar visando compreender as implicações em relação ao convívio e interações familiares.

2.1 Objetivos específicos

- Descrever a vida antes de receber o diagnóstico de câncer;
- Identificar os sentimentos dos pacientes durante o período de tratamento do câncer de pulmão;
- Analisar como cada paciente lida com o adoecimento;
- Descrever as mudanças na dinâmica familiar a partir do diagnóstico de câncer em um de seus membros;
- Caracterizar as mudanças em relação ao convívio, interações e soluções de conflitos ocorridas após diagnóstico de câncer.

- Propor uma oficina de sensibilização e autocuidado para pacientes acometidos com câncer de pulmão.

III. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

A presente pesquisa é do tipo qualitativa, que é um método definido como sendo aquele que não emprega um instrumento estatístico com base na análise de um problema, não pretende medir ou quantificar^{17,18}.

Usualmente aplicada ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, é produto das interpretações que os seres humanos fazem de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Neste tipo de estudo a coleta de dados pode ocorrer sem instrumentos formais e estruturados, enfatizando o subjetivo como meio de compreender e interpretar as experiências¹⁸.

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado na unidade de oncologia do Real Hospital Português de Beneficência em PE (RHP), o qual possui o mais moderno centro de oncologia do Norte - Nordeste localizado na região metropolitana de Recife – PE.

O Real Instituto de Oncologia – RIO é um centro capacitado para tratar os mais de duzentos tipos de cânceres existentes. Conta com uma equipe multidisciplinar formada por oncologistas enfermeiras, nutricionista, psicólogos e farmacêuticos.

O Real instituto de Oncologia está localizado no 5º andar do edifício São João de Deus do RHP. A pesquisa foi realizada com a devida autorização da direção hospitalar – Carta de anuência (Apêndice 1).

3.3 Período do estudo

A pesquisa foi realizada entre os meses de novembro de 2019 até agosto de 2021, com período de coleta entre junho de 2020 até agosto de 2020, após a avaliação e aprovação do

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS (Apêndice 1).

3.4 População do estudo

Pacientes assistidos pelo setor de oncologia do Real Hospital Português – RHP diagnosticados com câncer de pulmão.

3.5 Critérios e procedimentos para seleção dos participantes

Os participantes selecionados foram pacientes que se encontravam assistidos pela referida instituição de saúde e que atendiam os critérios de inclusão.

3.5.1 Critérios de inclusão

Os pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão, de qualquer gênero, maiores de 18 anos, que estavam entre o período de diagnóstico e em fase crônica de tratamento da doença. E que estavam sendo assistidos pela referida instituição.

3.5.2 Critérios de exclusão

Pacientes infantis, assim como pacientes que estejam vivenciando a fase terminal da doença. E pessoas que apresentarem dificuldades na linguagem ou alterações psíquicas do tipo: deficiência mental grave, demência ou psicose; e que não tenham compreensão das instruções e os objetivos do presente estudo.

3.5.3 Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes

Para a captação dos participantes da pesquisa foi realizado um levantamento interno dos pacientes que se encontram em tratamento na unidade de oncologia do RHP, com o objetivo de verificar o quantitativo de pacientes que se encontravam em tratamento e dentro dos critérios de inclusão. Após este levantamento abordamos os pacientes a fim de averiguar o desejo e

disponibilidade em participar da pesquisa. Os convidados foram informados quanto a finalidade do estudo, bem como objetivo geral, e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2). Aqueles convidados que demonstraram interesse e que estavam de acordo com os critérios de inclusão foram entregues o TCLE e devidamente assinados.

3.6 Produção dos dados

No ato da entrega do TCLE para a leitura do participante, foram esclarecidas as dúvidas quanto à pesquisa. Nesse momento foram feitas todas as apresentações e esclarecimentos necessários com o intuito de responder dúvidas que pudessem surgir. Logo em seguida foi entregue ao participante o termo de confidencialidade, assinados pelos pesquisadores (Apêndice 3).

Após a assinatura do TCLE com consentimento de cada participante, foram realizadas as entrevistas, com tempo médio de 40 minutos. As entrevistas foram iniciadas com o preenchimento do questionário sociodemográfico e em seguida foi efetuada a questão disparadora: “Fale-me sobre sua vida antes de receber o diagnóstico de câncer” (Apêndice 4). Os dados da pesquisa foram obtidos através da gravação de áudio da entrevista (com prévio consentimento de cada participante), sendo resguardado o seu sigilo e privacidade, de acordo com termo de confidencialidade. Cada entrevista recebeu um número de identificação conforme a sequência das aplicações. Todas as entrevistas tiveram os áudios gravados e transcritos na íntegra de modo que fossem posteriormente analisadas. Os áudios e transcrições encontram-se arquivados em computador pessoal e serão mantidos em arquivo pelo período de cinco anos, depois desse prazo o material será devidamente descartado.

3.7 Estratégias utilizadas para produção das entrevistas

Como instrumento de coleta de dados a pesquisa contou com uma técnica de entrevista, visto que essa técnica é uma forma de interação social onde se constitui um diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coleta dados e a outra se apresenta como fonte de informações. A entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas no âmbito das ciências sociais¹⁸.

A maioria dos autores consideram a entrevista como técnica por excelência na investigação social. A utilidade dessa técnica é bastante abrangente uma vez que possibilita

obtenção dos dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social, além da técnica ser eficiente para obtenção de dados em profundidade sobre o comportamento humano¹⁸.

Para o tema que abordamos foi escolhido a entrevista semiestruturada por ser considerada um instrumento que preserva a expressão livre do participante, e por permitir o desenvolvimento de uma fala de maneira mais espontânea. Para iniciar a entrevista, utilizamos a seguinte pergunta norteadora: Fale-me sobre sua vida antes de receber o diagnóstico de câncer. A escolha deste instrumento permite que o entrevistado tenha condições em falar da sua história, sem que haja um modelo preestabelecido de resposta¹⁹.

Utilizamos a entrevista individual semiestruturada no tempo aproximado de 40 minutos. Esse tipo de entrevista combina perguntas abertas e fechadas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto¹⁹.

3.8 Processamento das entrevistas

As entrevistas foram gravadas e transcritas de modo fidedigno. Foi utilizado o computador pessoal da pesquisadora para armazenamento das informações colhidas. As informações permanecerão armazenadas por um período de cinco anos, após esse prazo poderão ser descartadas adequadamente. Cabe ressaltar que todas as entrevistas passaram pelo processo de análise individualmente.

3.9 Análise e produção das entrevistas da pesquisa

As entrevistas foram analisadas seguindo a Técnica de Análise de Conteúdo Temática descrita por Minayo²⁰, organizados e analisados em três etapas: Pré-análise; Exploração do material e Interpretação. Desta maneira as falas dos sujeitos da pesquisa foram discutidas à luz da literatura especializada em psicologia da saúde²¹ e psico-oncologia²².

A psicologia da saúde é a ciência que estuda os aspectos biopsicossociais da pessoa dentro do processo de saúde e doença, visando à manutenção, promoção e prevenção da saúde e o tratamento de doenças. Tem seus princípios aplicados para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos, mentais, relevantes, atuando em contextos hospitalar, centros de saúde comunitários, organizações não-governamentais e nas próprias casas dos indivíduos (comunidade)²¹.

A Psico-oncologia é um elemento integrante da área da psicologia da saúde e é um campo interdisciplinar da saúde que compreende a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer, identificando variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença. Promovendo condições de qualidade de vida do paciente com câncer, facilitando o processo de enfrentamento de eventos estressantes, se não aversivos, relacionados ao processo de tratamento da doença²².

3.9.1 Análise e discussão das entrevistas

Entrevista 01: Orquídea

A primeira entrevista foi realizada com Orquídea (nome fictício), 57 anos, solteira, sem filhos, religião católica, com uma formação de nível superior, atualmente afastada do mercado de trabalho recebendo o benefício. Trabalhava autônoma na área jurídica. Informa que já fez usos de cigarros e que esporadicamente quando ia para festas dava uma tragada no cigarro de alguém e que já foi fumante passiva, já que tinha contato com um namorado que fumava, tempo de diagnóstico de seis meses. Tempo de tratamento quatro meses. Orquídea inicia a entrevista falando que gosta muito de se comunicar e que antes de adoecer levava uma vida normal como a de outras pessoas que levam a sua vida quando não sabem que tem uma doença; se refere a vida normal como executar as atividades do dia a dia: (...) “eu levava uma vida normal, nada de excesso trabalhando, produzindo, uma vida familiar muito estabilizada. Sou uma pessoa desinibida, muito alegre, sempre gostei muito de gente, sou louca por meu cachorrinho também”.

Em relação aos seus sentimentos relata que é difícil receber um diagnóstico de uma doença grave: (...) “palavras não vão conseguir jamais definir um diagnóstico desse. Porque o câncer quer queira ou não está ligado a uma sentença de morte na minha concepção”. Alguns pacientes ainda atribuem o diagnóstico de câncer a uma sentença de morte. No meio social a doença pode estar associada à finitude, o recebimento do diagnóstico provoca um impacto acentuado na família e no paciente, desta maneira isso causa uma desestrutura e sofrimento emocional²³.

Continuando a falar sobre a doença, mesmo já estando em tratamento há quatro meses Orquídea descreve (...) “eu ainda não estou entendendo nada, esse corpo não me pertence, após

a quimio tudo é novo pra mim até porque graças a Deus eu nunca acompanhei ninguém com problema com câncer que fizesse quimio, é lógico que eu não sou ignorante, a gente tem uma noção, mas o viver é diferente, só sabe quem passa”. O diagnóstico de câncer confronta o paciente com a questão do imponderável, da finitude e da morte. Como toda a doença potencialmente letal e com tratamentos invasivos, traz a perda do corpo sadio, assim como a perda da sensação de vulnerabilidade e do domínio sobre a própria vida.

Orquídea conta de uma maneira muito emocionada que o adoecimento afetou não só a sua vida, mas a de toda a sua família, (...) “muito terrivelmente porque por ser como uma sentença de morte, não é a morte em si, é a possibilidade de deixar de estar com pessoas que eu amo muito. Eu não tenho medo da morte, o meu receio é não ter a companhia de pessoas que são muito importantes, que são minha vida. Isso pra mim é terrível!”. O diagnóstico carrega um medo, que é sentido pelo paciente e pela família e envolve vários fatores como o medo da perda, uma vez que a doença ainda está atrelada a sentença de morte²⁴.

Orquídea informa que o apoio da família lhe ajudou bastante, se emociona e diz que nunca conseguiu se desprender da família, que sempre foi muito ligada à irmã e a mãe e que seu diagnóstico não alterou em nada a relação familiar (se referindo ao ponto de vista negativo), (...) “graças a Deus por ter uma família com uma base sólida, amorosa não alterou nada. Os laços são os mesmos, o afeto é o mesmo. Agora eu reconheço que por algumas horas por estar enjoada, por algum mal estar eu posso ser um pouco mais rude. Mas logo em seguida eu peço desculpas. É muito difícil. Tudo que eu diga não vou conseguir expressar esse momento”. Após o diagnóstico, inicia-se uma nova fase para o paciente e a família que ele convive, é a fase do tratamento que é incerto, doloroso e prolongado. A família passa a ser um alicerce para o enfrentamento da doença. A doença pode vir acompanhada de uma série de manifestações e de sentimentos, entre eles, irritação, ansiedade e depressão²³.

Orquídea, ainda emocionada relata o sentimento de gratidão por todos os cuidados que as pessoas da equipe têm lhe ofertado, e faz referências a questões de humanidade e cuidado: (...) “o sentimento de gratidão eu tenho por essas criaturas que me atenderam aqui nessa parte oncológica, a estrutura física, a humanidade, a competência e a atenção de todos. Eu venho para cá e o sentimento é de tortura é como se eu tivesse vindo pra ser torturada por criaturas que são amorosas, que são generosas”. Relata que o cuidado que recebe pela equipe técnica é um cuidado de amor e de missão. A equipe de saúde que atua na especialidade do tratamento oncológico, por estar em contato direto com o sofrimento físico e psíquico do paciente, deve estar ciente da importância da prestação de um atendimento humanizado e individualizado, uma vez que, ao acolher as necessidades do paciente oncológico e de sua família, cria-se um vínculo

de confiança favorecendo ao desenvolvimento das relações interpessoais vitais para o sucesso do tratamento. A humanização no tratamento oncológico, cria uma relação mais próxima da equipe multiprofissional com o paciente, encontrando soluções para problemas que impactam de forma negativa a qualidade de vida do paciente assistido²⁵.

Entrevista 02: Begônia

A segunda entrevista foi realizada com Begônia, (Nome fictício), 46 anos, com formação superior, casada, sem filhos, evangélica, não fumante, tempo de diagnóstico e tratamento nove meses. Begônia inicia sua fala relatando sobre o momento pré-diagnóstico. (...) “uma vida normal, trabalhava, estudava, me exercitava., tinha uma vida bastante corrida, muitas ocupações”. Declara que era uma pessoa bastante ativa e que fazia várias atividades, inclusive ao mesmo tempo. Informa que na sua família muita coisa era ela quem resolvia. Begônia, estava bastante emocionada e relatou que sempre foi a liderança de muita coisa na sua vida, porque sempre foi uma pessoa independente. Em relação ao diagnóstico da doença sabe-se que é de grande impacto para uma pessoa que não apresenta nenhuma doença, receber o diagnóstico de câncer. Uma vez que tal doença é associada ao sofrimento.

O paciente oncológico passa a desenvolver mecanismos de defesa como: negação, revolta, negociação, depressão e aceitação. A negação ocorre mais no início do processo de doença crônica, dos estados graves de saúde e de estados terminais, mas pode voltar em outros momentos, sendo este um período que ajuda o paciente a se recuperar do choque inicial provocado pela notícia da doença¹⁰.

Nesse mecanismo de defesa o doente não aceita que está com tal enfermidade, ou prefere não se dar conta da gravidade. Descobrir-se com uma doença não é uma situação fácil, principalmente quando se trata de uma doença crônica e de tratamento invasivo e extenso. O assunto ainda é mais difícil quando se descobre que a doença em questão é uma neoplasia maligna. Begônia relata o impacto que foi receber o diagnóstico e expressa o mecanismo de defesa - negação. Durante a sua fala ela se emociona e informa o quanto foi difícil entrar em contato com a realidade. Fez referências a fase antes do diagnóstico em que vivia de maneira ativa. Relata que hoje após seis meses de tratamento, tem uma aceitação maior. (...)” hoje em dia eu já lido melhor com o adoecimento, já comecei a fazer o tratamento e cada dia eu procuro estudar um pouco sobre a doença, para poder me alimentar melhor e reagir bem ao tratamento. Tudo isso eu fui aprendendo aos poucos. No início tudo era uma novidade pra mim, então eu sofri um pouco porque quando eu fazia o tratamento tinha muitos efeitos colaterais, me

debilitava muito, mas agora a cada dia eu vivo um dia de cada vez, e cada dia eu aprendo mais; aprendo sobre a minha doença, aprendo como lidar com ela e vou vivendo um dia após o outro”. Observa-se também em Begônia o mecanismo de aceitação. Nesta fase o paciente não nega mais a sua realidade, nem apresenta o desespero frente a doença¹⁰.

A família passa por uma transição não-normativa esperada após o diagnóstico. Em sua narrativa ela relata o quanto sua família foi afetada, (...)“ no início quando eu falei pra minha família eles não acreditaram, porque eu tinha uma saúde boa, então eles ficaram surpresos e ao mesmo tempo angustiados porque pensavam que eu ia morrer, por verem o câncer como uma doença fatal, e hoje em dia não é dessa forma, porque foram feitos vários estudos, existem vários tipos de tratamentos, então daí eu fui conversando com a minha família e eles foram entendendo melhor. Para o meu esposo foi mais difícil porque ele convive comigo, então ele enfrenta muito de perto os efeitos colaterais e também me acompanha no tratamento, então pra quem tá muito perto da gente que está doente é um pouco angustiante e pra ele foi muito difícil. Agora ele está aprendendo a lidar com a ajuda dos médicos, eles conversam e explicam sobre a doença e com a ajuda da psicóloga que também tá sempre em contato conosco, orientando, conversando com ele; dizendo e que a gente tem que encarar essa doença de forma mais natural, fazendo as atividades que a gente tinha costume de fazer e pra não ficar totalmente um dependente do outro. Cada um vai tocar sua vida normalmente e enfrentar até vencer essa doença”. Fica evidente como a família do paciente oncológico é afetada.

A descoberta da doença deflagra um processo de transição psicossocial onde o final é coberto de incerteza. O tratamento impõe uma ruptura no cotidiano familiar, tomada pelo impacto provocado pelo novo cenário imposto junto a uma dinâmica de rotina hospitalar²⁶.

Begônia, lembra que: (...)” no início, minha família estava muito sensibilizada e não podia de jeito nenhum me contar nada porque pensavam que ia me afligir muito. Eu estou fazendo o tratamento e estou buscando minha cura, estou reagindo a doença; então eles aprenderam também a lidar com a doença que pra eles era tudo novo. A gente já conversa sobre os assuntos difíceis, e estamos encarando de uma forma melhor hoje. Durante a entrevista Begônia relata que gostaria de falar sobre a questão financeira, (...) “gostaria de falar o quanto custa ter o câncer, mexe com o nosso emocional, com o nosso físico e com a parte financeira; tem que aprender a lidar com isso também. Quando fazemos o tratamento também apresentamos vários efeitos colaterais e a gente tem que aprender a lidar com eles e o nosso familiar também precisa aprender a lidar com esses efeitos colaterais principalmente as náuseas, os vômitos e causam muita aflição no nosso familiar quando nos vê nessa situação; e o financeiro que a gente gasta bastante. É um gasto com alimentação, com medicações etc. A

família aprende a lidar conosco nessa nova situação que não é fácil para o parente ver a gente com câncer, principalmente debilitado. Quando tem o costume de ver a gente numa vida ativa e as vezes a gente não consegue ter aquela atividade que a gente tinha; às vezes a gente não consegue fazer as atividades domésticas que a gente fazia. Isso é muito difícil pra o nosso familiar encarar; ele tem que compreender no dia que a gente não está com essa disposição toda você vai ter que enfrentar isso, ter uma sabedoria pra enfrentar essa parte que é muito difícil. Na hora que a gente não se alimenta como antes, o parente da gente também tem que estar ali nos ajudando e não é fácil, então muda a vida de todo mundo, muda a vida do paciente e muda a vida do familiar.

Entrevista 03: Azaléia

A terceira entrevista foi realizada com Azaléia (Nome fictício), 67 anos, divorciada, uma filha, duas formações de curso superior, trabalha na área administrativa em uma empresa de grande porte, faz parte da doutrina espírita, é ex-fumante (ativa e passiva), tempo de diagnóstico e tratamento - um ano. A entrevista foi realizada enquanto a paciente participava de uma sessão de quimioterapia. Azaléia inicia sua fala relatando como era sua vida antes do diagnóstico e dá ênfase a atividades realizadas que fazia antes de receber o diagnóstico: “Eu tinha uma vida normal, eu trabalhava, saía, fazia pilates, tinha um convívio familiar normal como todo mundo”. Observa-se o discurso de uma pessoa que tinha um cotidiano diário cheio de afazeres e atribuições pessoais e sociais.

Ela relembra que a notícia foi dada por um parente da área de saúde e que a opinião médica teve impacto em relação a impossibilidade de cura. O sofrimento foi expresso face as dificuldades referentes aos sentimentos vivenciados durante a comunicação da má notícia. São consideradas más notícias qualquer informação que afete radicalmente e permanentemente a visão de futuro de quem a recebe no sentido negativo²⁷.

Como na narrativa a seguir: (...) "olhe, eu recebi a notícia através do meu sobrinho que é médico, quando eu soube que era câncer pra mim não me chocou muito não. O que me chocou foi a opinião de dois colegas dele, de dizer que era inoperável, aí eu me senti morrendo, me senti péssima. Mas depois um médico disse que era operável, e eu encarei naturalmente a cirurgia e o tratamento. Diante da confirmação de um diagnóstico de neoplasia maligna as más notícias são frequentemente transmitidas desde a fase inicial a terminal da doença. No discurso de Azaleia é notório o quanto a comunicação efetiva tem relevância e é importante, os

sentimentos negativos vivenciados diante da má notícia se tornaram menos intensos diante da possibilidade de tratamento²⁷.

A literatura aponta que a comunicação de notícias difíceis pode apresentar-se de três maneiras: A comunicação do diagnóstico de doenças avançadas com prognósticos reservado; a comunicação e atenção a graves sequelas do tratamento; a comunicação de esgotamento dos recursos de cura atual e a preparação para cuidados paliativos exclusivos¹⁴.

Azaléa relembra um pouco sua trajetória durante o tratamento. Discorre que: “Agora eu sofri muito, principalmente com a radioterapia, foi um sofrimento muito grande, mas valeu a pena, estou bem”. Relata de uma maneira emocionada que os sofrimentos estavam associados ao tratamento: “Meu sofrimento era mais pelos efeitos colaterais do tratamento”.

O tratamento para a neoplasia maligna do pulmão pode ser feito através de cirurgia, quimioterapia ou radioterapia. Em muitos casos é necessário combinar mais de uma modalidade. O tratamento vai depender do tipo histológico e do estágio da doença⁹.

Foi o que aconteceu com Azaleia, primeiro se submeteu a cirurgia e logo em seguida a radioterapia a qual ela faz referência sobre os efeitos colaterais. Relatando que sentia vários desconfortos, como náuseas, fraqueza e cefaleia.

A radioterapia é um tipo de tratamento que utiliza radiações especiais para destruir as células malignas. Sobre os efeitos colaterais é comum os pacientes apresentarem reações inclusive também pode ocorrer pneumonite e esofagite⁹.

Em relação a lidar com o adoecimento azaleia relata as mudanças ocorridas no seu dia a dia e o apoio que recebeu da sua família. Em seu discurso se emociona e relembra como ocorreu: "Olhe, no começo foi tudo muito estranho, nós saímos de casa e fomos para casa da minha irmã porque ela não trabalha e eu iria ter uma assistência maior já que sempre tem gente em casa. Eu fiquei de seis a oito meses morando lá. É importante destacar a reorganização feita pela família e pelo paciente após a confirmação de um diagnóstico oncológico. Em sua fala ela enfatiza a mudança física e o tempo. Observa-se que mesmo em momento difícil de vida a fala de Azaléia nos remete algumas reflexões. Ela faz uma ponte entre algo bom que o adoecer lhe permitiu.: (...) "o adoecimento me trouxe uma coisa muito boa que foi o convívio com a família. Houve uma aproximação muito maior, que eu acho que deve ser muito difícil para quem não tem o apoio familiar, aguentar isso é complicado”. Verificamos que para a participante o estar doente foi algo que lhe proporcionou mesmo de uma maneira dolorosa uma vivência mais leve, onde fica notório em suas falas o fortalecimento do funcionamento familiar no que diz respeito a uma aproximação e cuidado. Estar diante do diagnóstico de câncer é uma situação delicada e a participação da família serve como apoio e sustentação emocional do paciente²⁴.

Relata que após o adoecimento e diagnóstico de câncer a relação e o convívio familiar ficou melhor (...) “todo mundo se juntou e eu tive um apoio total e um questionamento da família, de todo mundo chegar junto. Afetou a família toda, mas para melhor. Bem... existe cobrança da minha filha principalmente pra eu ter mais cuidado comigo, que é natural, eu só a tenho. Mas o convívio tá bom, eu não tive problema não, voltei a trabalhar e agora estou de licença médica por conta da pandemia.

A família passa a ser uma base para o enfrentamento da doença e para as futuras decisões, o paciente que tem uma estrutura familiar fortalecida se sente mais motivado para iniciar o tratamento²⁴.

Sobre o aparecimento da doença a Azaléia justifica que adoeceu porquê de uma maneira indireta provocou através das suas ações, o adoecimento. "Foi uma coisa natural uma consequência natural, até dos meus atos mesmo, eu fumei durante quarenta e três anos e colhi o que plantei". Sobre isso, sabe-se que o tabagismo é um dos principais fatores de risco que podem levar ao aparecimento do desenvolvimento do câncer de pulmão.

O hábito de fumar é o fator de risco mais predominante e é responsável pelo aumento de possibilidades de desenvolver neoplasia maligna de pulmão quando comparados aos não fumantes⁹.

Ela finaliza a entrevista relatando que não precisou de apoio psicológico, mas que sabe que é necessário para algumas pessoas e seus familiares: (...)” eu não precisei de apoio psicológico, mas eu acho que tem muita gente que precisa e falta um profissional para chegar mais perto das pessoas, eu já percebi isso pessoas que fazem radio, porque a radioterapia pra mim é a pior parte, eu acho que precisaria de um apoio maior.

Entrevista 04: Cactos

A quarta entrevista foi realizada com Cactos (Nome fictício), 60 anos, casado, dois filhos, ensino fundamental completo, trabalhador da construção civil, autônomo, católico, ex-fumante (ativo e passivo), tempo de diagnóstico e tratamento - um ano. Durante a entrevista Cactos estava um pouco tímido e logo depois interagiu com a entrevistadora.

Cactos inicia sua fala relatando que sempre teve uma vida voltada para o trabalho e para o sustento da família tanto a família de origem quanto a família constituída após o casamento: " (...) trabalhava na roça, trabalhava em construção civil para criar a família. Antes de ter família eu trabalhava pra me manter e manter a casa do meu pai". Na fala de Cactos, percebe-se o quanto o trabalho tinha um fator preponderante em sua existência e talvez

redirecionar essas atividades para encaixar o processo de tratamento pode ter sido estressante no início. Ele também fala um pouco sobre sua vida socioeconômica e está sempre se reportando ao trabalho. No período em que participou da pesquisa, Cactos estava sem trabalhar temporariamente devido ao tratamento.

“Meu pai era uma pessoa que não tinha boas condições e os filhos trabalhavam. Eu trabalhei muito tempo, trabalhei em São Paulo e aqui em Recife, Maceió, Salvador e Bahia. Eu sempre trabalhando diretamente, lutando pela vida, pelo pão”. Em sua fala relata como se sentiu ao receber o diagnóstico de câncer. (...) “eu fui trabalhar e senti uma dor na coluna e depois um cansaço. Fui para um médico e depois foi descoberto o câncer. Eu tive medo e depois eu fiz a cirurgia. Deu tudo certo!”.

Em seu discurso falou sobre o medo, inclusive faz referência aos seus hábitos não saudáveis. “Tive medo porque eu já fui fumante muito tempo e sabemos que todo mundo que é fumante sempre tem problema. Eu sei que também tem gente que nunca fumou e tem problema, eu tive medo de me complicar porque já fui fumante, mas graças a Deus deu tudo certo”. O uso do cigarro é um dos fatores de risco para o câncer de pulmão e o entrevistado tem convicção disso. Em sua fala ele relembra também o tempo que fumou e como conseguiu abandonar o cigarro. (...) “ah... eu fumei durante 31 anos e agora deixei de vez. Tá fazendo oito anos que eu deixei de fumar. Eu deixei porque eu fui levar minha esposa no médico e o médico era muito bom e eu aproveitei e pedi a ele um remédio para deixar de fumar e ele me disse que pra deixar de fumar não existia remédio, deixar de fumar é ter opinião e ter vergonha, é não querer mais, aí eu deixei de fumar e não quis mais. Tomei abuso do cigarro.”

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão. Estudos revelam que 80% de das mortes por neoplasia maligna do pulmão são decorrentes do uso do cigarro e esses números é maior para o câncer de pulmão de pequenas células (CNPC)²⁸.

Ele relata o sentimento ao saber que estava com câncer: (...) “quando eu recebi o diagnóstico eu me senti bem porque o médico me disse que eu não me preocupasse que tinha o tratamento. Eu não fiquei nervoso, só fiquei um pouco assustado porque teve uma hora que eu disse assim: meu Deus, será que isso vai dá certo? e primeiramente eu me apeguei logo com Deus, porque ele é o chefe dos médicos. Eu fiquei animado porque o médico era bom e eu sempre confiei em Deus que é o primeiro médico pra curar. Eu tenho muita fé! Aí deu tudo certo e correu tudo bem”. Observa-se no discurso dele a fé como ponto de apoio e sustentação.

Durante o decorrer da entrevista estava sempre se reportando a estratégia de enfrentamento utilizada e se remetia sempre a Deus como pilar de suporte, o que fica evidente

na sua narrativa: (...)” confiando em Deus que eu estou ficando curado, a convivência tá boa, não brigo com minha família. Agora no começo eu fiquei estressado, a médica me disse que no começo eu ia ficar assim porque mexe com a mente. Olhe... tudo que eu vou fazer eu boto Deus na frente, Deus é bom, é nossa vida é nosso caminho. Ele mostra o caminho do certo, se eu vou ali pegar um ônibus eu chamo Deus se eu for descer do ônibus eu chamo Deus. Ele tá sempre perto e eu acredito que enquanto eu tiver vivo eu vou pensar assim”. Observa-se que a fé aparece de uma maneira positiva frente as dificuldades relacionadas ao processo de adoecer e questões cotidianas.

A espiritualidade é uma característica própria do ser humano e tornando possível que o indivíduo seja tomado como um todo. Isso faz com que haja sentido em sua vida. Esta totalidade direciona para uma experiência transcendental que vai muito adiante das doutrinas e das instituições religiosas²⁹.

Cactos faz referência sobre o lidar com o adoecimento, inclusive lembra das dificuldades ao se deslocar. (...) “a gente fica com uma preocupação, porque a gente tem que tá saindo de casa, cansei de vir para o hospital, às vezes eu vinha das clinicas e ficava no ônibus e hoje eu lido melhor com isso. A gente fica outra pessoa, já tô no segundo tratamento e hoje eu lido melhor com isso. E eu tenho muita fé. E hoje eu estou mais feliz”. Ele se emociona ao falar o quanto a família foi afetada e relembra a preocupação da família: (...)” a doença afetou minha família porque minha família é tudo preocupado, se preocupam muito. Irmão, irmã ficam querendo saber como eu estou, como é que estão as coisas, se preocupam comigo. Eles não podem vir porque é longe e hoje em dia quem tem um empreguinho não pode tá saindo. Meus filhos trabalham e eles queriam vir para acompanhar eu e eu preferi que eles não percam o emprego para tá aqui. Eu vim só, eu vim no carro da secretária e todo dia tem gente indo e voltando”. Ainda sobre a temática familiar sobre a relação e o convívio familiar ele relata: “não teve diferença, eu ficava um pouco estressado no começo, mexeu com a mente um pouco eu não vou negar, as vezes dá aquela agonia e eu digo coisas com eles aí eles dizem que eu estou estressado. Agora estou bem e sabendo o que aconteceu”.

Finaliza a entrevista dizendo enaltecendo a fé: “eu só quero dizer que tem que ter fé em Deus para ir para cima para ir para frente”.

Entrevista 05: Pinheiro

A quinta entrevista foi realizada com Pinheiro (Nome fictício), 74 anos, casado, três filhos, ensino superior completo, médico pediatra, católico, ex-fumante (ativo e passivo), tempo de diagnóstico e tratamento - um ano. Durante a entrevista Pinheiro estava muito descontraído, bastante falante interagiu com a entrevistadora. Pinheiro inicia sua fala relatando que sempre teve saúde e que sempre viveu bem: “graças a Deus minha vida sempre foi boa, eu sempre vivi bem, eu fumava e tinha minha vida normal. Durante o discurso ele relembra a data que começou a apresentar mudanças de comportamentos. (...) “eu estava diferente, comecei a falar coisa com coisa, aí meu filho resolveu me internar e na minha internação foi detectado dois tumores: um tumor de pulmão e um tumor na cabeça. Foi retirado esse tumor da cabeça e iniciou a imunoterapia que foi o que me deu a 100% de positividade para eu renovar a vida e graças a Deus tô aqui. Tô feliz e contente porque deu certo”. Pinheiro relembra as atividades que fazia antes de receber o diagnóstico e com entusiasmo e um sorriso no rosto relata: (...) “eu tinha uma vida normalíssima, primeiro minha vida de médico, tinha três, quatro, empregos, sou pediatra e era médico do trabalho também. Ao longo da sua fala ele relembra que tinha uma vida ativa e faz um percurso na sua trajetória profissional. (...)” eu tinha toda uma estrutura minha social e normal, trabalhava na parte de consultório, convênios com consultório, dei plantão, depois deixei de fazer plantão em pediatria e comecei a pegar cargo de chefia, chefia de pediatria, e direção em hospital público.

Em seu discurso ela narra que já fez uso de cigarro e que começou ainda adolescente. “Eu sempre trabalhei e sempre fumei, eu só deixei duas vezes: a primeira - nove ou oito meses e a segunda - quase um ano, mas voltei a fumar. Fora isso eu fumo desde dos 16 anos”. Relembra que o pai fazia uso de cigarro e como se deu início a sua relação com o cigarro, informa que na família o pai fazia uso do cigarro, mas que o orientava para que ele não fizesse uso da droga., e que teve influência pelos colegas: "Meu pai fumava, mas eu fumei por causa do colégio junto com os outros colegas, é que a gente fumava e o diretor pediu um dia pra gente levar uma ordem de casa. Eu pedi ao meu pai depois de muito sacrifício, ele me deu, mas reclamou, disse que fazia mal pra saúde e que matava. Eu disse:” Pai tu fumas, deixa eu fumar? porque senão eu vou fumar escondido”. E aí eu vim fumando a vida toda”. Relembra a quantidade de cigarros que fumava: (...)”as vezes chegava a fumar duas carteiras, às vezes uma e meia mais ou menos isso, não passava disso não. Depois eu casei, minha esposa fumava, meu sogro fumava, meu pai fumava, os irmãos dela também, meu irmão fumava, depois ele deixou, agora as minhas irmãs nunca fumaram”. Relembra ainda a idade que tinha quando começou a

fumar e o ano que deixou de fumar. “(...) desde dos 16 anos até 2019, em março antes de eu me internar eu fumei, só deixei duas vezes, mas num tempo curto que era uns oito meses, outro quase um ano; não teve assim muita coisa não, aí voltei. Depois que adoeci eu deixei de vez”. Observa-se no discurso que o participante iniciou o experimento do cigarro, ainda na adolescência, demonstrando imitação do comportamento adulto e influência de grupos.

A nicotina é uma das substâncias químicas presente no cigarro que mais causam dependências químicas. O tabagismo é causado pela dependência a nicotina e está na origem de 90 % dos casos de câncer de pulmão. As pessoas que fazem o uso do cigarro têm 20 vezes mais risco de desenvolver câncer de pulmão⁹.

À medida que descreveu sobre suas práticas não saudáveis ele também destacou suas práticas saudáveis e relata que praticava esportes e jogava tênis, (...) eu sempre joguei e praticava esporte porque eu gostava que era um negócio que não era muito cansativo e era bom pra mim e depois eu andava de bicicleta, era mais devagar.

Sobre o recebimento do diagnóstico, pinheiro de uma forma pensativa e olhar distante e narra: “(...) no início quando eu recebi que era CA de pulmão a minha ligação era o cigarro, quando eu soube e vi que tinha metástase na cabeça, digo pô, agora é a coisa é séria. Depois de reuniões medicas eu tive a certeza que poderia sair bem dessa”. Em sua fala discorre como lida com o adoecimento e faz referência ao atual momento em que estamos passando com a pandemia do novo corona vírus: “eu fiquei preso por conta do câncer, aí veio a pandemia, também, eu tive que ficar preso desde março em casa, não ia pra muito canto e a gente via os filhos, os netos... mas em 2019 eu fiquei mais família com os meninos e com os netos, vivendo uma vida mais tranquila sabendo que eu estava melhorando muito e dando pra mim uma resistência que eu acho que eu tive mais do que eu tinha antes. E eu lido com o adoecimento de uma maneira feliz porque quando eu vi que eu ia ficar bom, que o tratamento ia me ajudar então eu me animei e vivi de novo, tive uma alegria porque não ia morrer. Com o adoecimento eu passei a viver mais com os filhos, os netos, a esposa os irmãos e pra mim foi uma vitória. Foi assim que eu me senti, e com a pandemia eu os vejo pelos vídeos e pelo WhatsApp”.

Ele Relata sobre como a família foi afetada e o apoio que recebeu dos parentes: (...)“eles me deram todo o apoio. Voltou-se pra mim a preocupação de todos, porque eu tenho filhos médicos e eles estão numa assistência, de me buscar, de querer sair. A pandemia agora nesse ano foi que deu um tempinho, mas hoje já estamos almoçando juntos, eu almocei esse final de semana agora com três filhos e seis netos”. Relata que eles já davam essa assistência antes do adoecimento, e que depois isso ficou mais acentuado. (...)“já dava mais assistência,

eles vinham na minha casa, acompanhavam o tratamento, já tinha todo esse vínculo. E isso aí é a vida mesmo, comemorar a vida como pode”.

Discorre como ficou a relação e o convívio familiar após o adoecimento de câncer: “Eu acho que aumentou mais ainda o convívio familiar porque todos os meus irmãos passam *WhatsApp* e tem um grupo da família. Tenho uma irmã que é a caçula, sou vinte anos mais velho que ela, e eu a tratava como filha, e ela já teve câncer também e eu dei todo apoio a ela e ela tá boa curada, e depois ela veio fazer a mesma coisa comigo. Vejo meus netos preocupados, “vovô como é que você tá?” “aí eu na chamada de vídeo, tô aqui, aí ele”: “eita vovô”. Quer dizer... você vive uma outra realidade, então é um presente ótimo. É uma família unida. Já éramos unidos ficamos muito mais após essa doença”. Para Pinheiro viver o presente é um presente.

Ele finaliza a entrevista de uma maneira muito emocionada e com a voz embargada e com lágrimas, fazendo um paralelo entre a profissão que exerce e o que vem passando em sua vida atual e pessoal. (...) “veja só... a gente como médico participamos de todas as doenças que a gente vê, né? principalmente eu que trabalhava com neonatal e pediatria, você vê doenças e várias coisas, a gente vive e convive com as doenças na área médica, com os familiares e os amigos. Então essas histórias todas de vida e de convívio da doença ultrapassa a formação, você realmente sente. A vida é assim você vai e você vem. Você passa na vida e tem que se ajustar a sua vida, você não pode ser grosseiro, você não pode ser mal educado. Eu penso assim, já passei por tanta coisa e agora estou aqui contando histórias”.

Entrevista 06: Crisântemo

A sexta entrevista foi realizada com Crisântemo (Nome fictício), de 72 anos, solteira, sem filhos, com duas formações de nível superior, trabalhadora da área de saúde e educação, religião católica, nunca fez uso de cigarros, tempo de diagnóstico e tratamento seis meses. Durante a entrevista Crisântemo estava sonolenta e emocionada, interagiu bastante com o entrevistador. Ela inicia sua fala relatando que faz parte de uma família do Sertão e traz um pouco da sua origem familiar e sua formação acadêmica. “Eu sou de uma família sertaneja, eu morava no município de Afogados da Ingazeira, e a gente foi criada no interior e tinha uma casa grande e tinha muitos bichos, cabras, vacas e depois eu vim para a cidade. Em 1959 eu vim para Recife para estudar porque minha mãe se preocupava muito com os estudos e queria que a gente estudasse. Eu nunca fui de festa, sempre fui muito reservada; povo do interior. Meus pais não eram de festa, viviam muito pra família. Eu toda vida gostei muito de estudar e fui me

animando, fiz ensino médio, aí depois entrei na faculdade e fiz mestrado, especialização e uma série de coisas. Eu gosto muito de ler. Essa foi minha vida. E na congregação salesiana quando eu entrei em 1959 comecei a formação religiosa e formação acadêmica. Cada vez mais eu fui me sentindo mais feliz, eu gostava de trabalhar com educação e continuo até hoje, sou uma pessoa muito feliz em trabalhar com crianças, com jovens e adolescentes. Desde 1959 até agora eu trabalho na congregação, agora a gente troca de casa, de Estado, mas o trabalho é sempre educação. Educação não é só escola, é onde a gente vai, é obra social, é trabalho paroquial. Nós temos 04 obras sociais e temos 08 escolas aqui no Nordeste. Era uma vida de trabalho, agora mesmo nessa pandemia nós suspendemos as aulas em março”.

Ela relembra quando começou a sentir os sintomas físicos (...) “Na segunda semana de abril eu comecei a sentir um cansaço físico e eu pensava que era por causa da gente ter ficado muito isolada, pensei que fosse alguma angústia, mas eu continuei trabalhando aproveitei pra ir arrumando a escola, a biblioteca, coordenação porque eu gosto muito de trabalhar. Mas depois foi aumentando, aí depois eu não aguentei mais, aí eu falei pro meu sobrinho: “eu preciso ir ao médico”, aí ele falou deixe para ir segunda, aí eu disse: “não eu tenho que ir hoje”, aí foi quando eu vim para uma consulta com Dr. Sérgio e ele já me deixou internada, e daí fez a punção e tirou dois litros, fez o diagnóstico e o histopatológico”.

Relembra emocionada como se sentiu ao receber o diagnóstico da doença oncológica: “No começo eu percebi que não queriam me dizer nada, mas pelas pessoas, as atitudes e algumas palavras de Dr. Sérgio eu percebi logo que não era coisa boa. Aí eu fiquei já pensando, deve ser câncer de pulmão, aí eu fiquei aguardando não diziam nada claramente, quando foi um dia eu chamei minha provincial e falei: "olhe irmã Andrea eu gosto das coisas com muita clareza, então eu vou dizer para você, eu estou na direção da escola agora, então você veja como fica a direção e a comunidade porque eu preciso me cuidar, também ninguém falou nada de diagnóstico, nem eu, como eu tenho uma certa formação na área porque eu sou biomédica, aí eu já...ai, me liguei.”. Dr. Ricardo me mostrou o laudo, quando eu vi o laudo eu já estava sabendo que era aquilo mesmo. Aí meu interesse era pelo tratamento, quais são os meios que nós vamos ter para o tratamento, aí ele começou a conversar que o instituto de oncologia é um dos melhores do Brasil, aí começou a conversar e a equipe começou a me visitar, né, também são pessoas muito humanas, eu achei a equipe muito humana e a partir daí, a gente tá nesse processo de busca, busca do medicamento, seguindo as orientações dele”.

Relembra como se sentiu ao ter certeza do diagnóstico “Olha, eu me senti, assim... eu me senti realmente abalada, mas também não transpareci, não. Sabe eu senti assim... que realmente a pessoa que tem um tumor a gente sabe né? a gravidade, mas assim... claro! estou

confiando nos médicos e em Deus que é o médico dos médicos, né? e a gente tá aí com a medicação nova, o tratamento novo, a quimioterapia que não é aquela agressiva, bem diferente, através de comprimido, comprimido diário e aí eu estou nessa luta”. Em sua narrativa de uma maneira emocionada e chorando expressa sua fé: (...) “Eu confio muito em Deus. Eu trabalhei em vários lugares, várias casas, e todos os dias eu recebo muitas mensagens, as pessoas estão rezando, estão acompanhando. Esse sentido positivo, esse sentimento positivo ajuda muito a gente a superar a dificuldade e acreditar que coisas melhores possam acontecer. Apesar das dificuldades que o local da doença não é fácil”. É possível perceber que a fé aparece de maneira acentuada que a fé aparece de uma maneira acentuada.

Ela relata que lida com o adoecimento de uma maneira mais otimista, e voltada para seu tratamento, já que no seu trabalho outras pessoas estão dando continuidade. Estava preocupada com o trabalho que exerce. (...) “Olha... depois que eu vim e fiz o exame, esse resultado no trabalho, as irmãs estão continuando junto com os funcionários, eu realmente estou despreocupada e agora estou voltada para o meu tratamento, eu não tenho outra saída, tenho agora que lidar com esse problema, com essa dificuldade, tenho que aceitar”.

Crisântemo ainda discorre sobre como o diagnóstico afetou sua família: “O adoecimento afetou a família, inclusive, minha irmã que mora no Rio veio e ela está aqui no Recife. E eu tenho um irmão que mora aqui também e vem sempre me visitar. Todos os meus irmãos são muito unidos e também todos os dias mandam mensagens para mim, meus sobrinhos também, minha família é muito unida. Então abalou. Somos seis irmãos, éramos sete, o mais velho faleceu de infarto. São quatro homens, minha irmã e eu e tem os sobrinhos casados. Nós nos vemos direto, eles agora não estão vindo porque eu disse pra não ficar vindo por conta desse problema da pandemia, mas a gente é muito ligado - todos nós. Somos também muito católicos e muito voltados para Deus e isso também ajuda muito, dá uma força muito grande. Temos muito essa fé em Deus e somos ligados a Jesus Cristo e as coisas de Deus”. No depoimento de Crisântemo, observa-se a fé como a base de suporte.

Os significados e a busca de apoio na dimensão espiritual se evidenciaram de forma específica para cada paciente no modo de viver e agir diante da doença³⁰.

Durante a entrevista ela discorre sobre a relação e convívio família após o adoecimento, relata que na comunidade religiosa onde reside existe uma relação de afeto, e todos se importam e cuidam uns dos outros. (...) “Eu vivo numa comunidade religiosa. Como eu já trabalhei muito assim já fui do serviço de enfermagem das irmãs eu atendia também e tudo que eu gosto de fazer eu gosto de fazer bem feito, não sabe? Então eu tenho assim uma relação muito boa com as irmãs, e eu percebo, hoje mesmo já veio uma aqui, elas ligam, elas

ficam o tempo todo me acompanhando”. Ela relata que está sempre dando notícias do seu estado de saúde via redes sociais, já que devido ao momento atual (Pandemia), as pessoas estão evitando sair de casa: (...) “Eu mando informações para cada comunidade. Ai a diretora dá as notícias, mas temos assim uma relação muito boa. Acho até que reafirmou o que a gente já vivia antes”.

Ela fala que na congregação onde vive elas mantêm uma relação familiar: (..) “somos uma família, o convívio é tranquilo, elas se preocupam comigo, vendo o que eu preciso, tem umas que toda hora quando eu estou em casa estão oferecendo é um caldinho, uma maçã, essa preocupação que elas têm comigo. E a doença só reafirmou a boa convivência”.

Ela finaliza a entrevista de uma maneira muito emocionada relatando o quanto a fé é importante: (...) “eu acho assim... apesar de saber da gravidade do meu problema eu me coloco diante de Deus, mas realmente eu peço que se eu puder me recuperar, viver um pouco mais... eu tenho esse sentimento de gratidão a Deus, mas eu estou nas mãos de Deus, não vou me abalar, não vou ficar assim depressiva. Até agora eu não tive esse sentimento de depressão. Preocupada sim, depressiva só se for algo leve. É isso aí. Eu tenho minha fé em Deus”.

Entrevista 07: Coqueiro

A sétima entrevista foi realizada com Coqueiro (Nome fictício), 66 anos, casado, dois filhos, ensino médio completo, aposentado, evangélico, ex-fumante (ativo e passivo), tempo de diagnóstico - um ano e três meses e tratamento um ano. Durante a entrevista Coqueiro estava tímido e reservado, interagiu pouco com a entrevistadora. Ele inicia sua fala relatando que antes do diagnóstico levava uma vida normal e que tinha um cotidiano cheios de atribuições: (...) “eu levava uma vida normal, tranquila, fazia meus afazeres, dava uma volta na cidade comprava as coisas necessárias, dava uma volta de bicicleta, fazia minha feirinha, eu e minha esposa”. Coqueiro relembra como se sentiu ao receber o diagnóstico da doença oncológica e que o medo era predominante, porém observa-se referência à religião: (...) “olhe no começo eu tive um impacto grande, tive medo, mas depois entreguei tudo ao senhor Jesus, e com o apoio da família eu me normalizei, me tranquilizei com o atendimento que eu tenho aqui no hospital, todo mundo sempre me ajudou com palavras e fiquei normal, tranquilo”. Ele informa que prefere desviar o pensamento da doença, não negando a doença, mas evitando focar no problema. “Não vivo pensando, só penso coisas boas, não penso que vem nada de ruim. Só penso que o amanhã será melhor. Esse é meu pensamento”. O entrevistado relembra ainda que teve o apoio da família e dá ênfase a importância da mesma: (...) “tenho o apoio da família,

palavras boas e o jeito de me tratarem, entendeu? Nunca me desprezaram, sempre procuram fazer mais do que podem. Eu sempre fui bem apoiado dentro de casa. São quatro pessoas dentro de casa, mas eu tenho quatro irmãos, duas irmãs e um irmão que me apoiam muito”.

A família é um grupo que constitui um campo de relações entre pessoas. As mudanças que ocorrem nos sistemas familiares são direcionadas por diversos fatores entre eles o surgimento de uma doença grave. A organização familiar é muito importante no enfrentamento da situação de doença, com um movimento que se caracteriza pela união no entorno do enfermo, buscando, por meio de atitudes de afeto, empenho, renúncia e estar junto, amenizar o sofrimento do doente e oferecer-lhe apoio, enfatizando a maneira familiar de cuidar na hora da crise²⁶.

Em sua narrativa ele relata como lida com o adoecimento e demonstra conformismo com o atual momento a qual vem passando ele faz um paralelo entre a dor física e a dor psíquica. (...) “eu tô me sentindo normal, já me acostumei. Estou levando uma vida normal, porque se eu for me preocupar vai piorar minha vida. Eu não tô sentindo dor, não tô sentindo nada, pra mim tá normal, estou tranquilo porque não sinto nada no meu corpo e também procuro não botar nada na minha mente. Coqueiro discorre como a família foi afetada no adoecimento. (...) “afetou emocionalmente. Ficaram todos preocupados, mas eles escondiam de mim pra eu não saber, eles fazem tudo pra me agradar, para me deixar tranquilo”. Além disso ele relembra do apoio que recebe: (...)” tenho apoio, continuo tendo apoio, nunca deixaram de me apoiar. Afetou mais emocionalmente”. Relata que após o adoecimento e diagnóstico de câncer a relação e o convívio familiar, teve mais cuidado e que devido as recomendações de isolamento social por conta da pandemia a família redobrou as atenções com ele: (...) “a relação familiar teve cuidado a mais. Cuidado tem, eu sou vigiado vinte e quatro horas por dia, principalmente por causa do coronavírus. Eu sou consciente e sei que não posso fazer isso, mas mesmo assim eles ficam de olho. A relação ficou melhor ainda. Eu sempre venho com meus filhos, tinha um irmão e uma irmã que vinham, mas por causa dessa pandemia eles deixaram de vir. Eles faziam questão de vir”.

Coqueiro finaliza a entrevista com o sentimento de gratidão e de uma forma muito contida ele segura as lágrimas e diz: (...)” o agradecimento que eu tenho com a minha família, e com esse hospital, todos os trabalhadores são educados, esse povo aqui é mesmo que família. E eu tenho que agradecer a minha família o que até hoje eles estão fazendo, o cuidado, porque depois que a gente adoce... (lágrimas). Observa-se que o adoecimento pode permitir uma aproximação com as miudezas da vida. Afirma que: Eu não pensava que o cuidado ia ser tão grande no mundo como é agora, foi agora que eu vim conhecer meus filhos, quem são eles”.

Entrevista 08: Lírío

A oitava entrevista foi realizada com Lírío (Nome fictício), 60 anos, casada, dois filhos, ensino superior completo, trabalha na área de educação, não tem nenhum seguimento religioso, ex-fumante (ativo e passivo), tempo de diagnóstico e tratamento - dois anos e três meses. Durante a entrevista Lírío mostrou-se reservada e logo em seguida interagiu com a entrevistadora. Lírío inicia sua fala relatando como era sua vida e que sempre trabalhava e antes de receber o diagnóstico sempre foi muito ativa: (...) “era uma rotina, porque o diagnóstico foi em 2017, então até junho eu passava o dia no trabalho, voltava, pegava a rotina de casa, no dia seguinte trabalho, enfim a rotina do dia a dia como qualquer outra pessoa. Me aposentei em junho de 2017, viajei em julho, mas o diagnóstico foi em junho de 2017”.

Relata como se sentiu ao receber o diagnóstico da doença oncológica e como era a sua vida e seus hábitos: (...) "foi um impacto muito grande, porque eu sempre tive uma vida saudável, sempre fui uma pessoa de exercício físico, de boa alimentação. Fazia trabalho de campo (pela minha própria profissão), sempre buscava fazia *checkups* anuais, exercício localizado, depois eu corria, eu sempre fui uma pessoa preocupada com a saúde e com a prevenção de doença. O impacto emocional foi muito grande porque é uma coisa que você não espera, jamais imaginei na minha vida que eu teria um câncer.

Quando questionada como lida com o adoecimento ela informa. (...) “olha a gente vai se conformando aos poucos, a gente vai aceitando. No início tem a fase do impacto, depois tem a fase de olhar pra si e dizer: “pronto e aí? Vai fazer o que? vai se entregar ou vai lutar?”. Então quando você olha em volta, que vê os filhos, o marido, a família... você sente que tem que lutar mesmo tem que fazer alguma coisa. Então o tratamento tem que ser feito pra conviver com a doença, com uma certa qualidade de vida”. Quando questionada no que se refere a conviver com a doença ela faz um paralelo entre cura e convivência. (...)” já que não tem cura você tem que conviver com a doença, enquanto tiver medicamento, tudo bem vamos tratar”. Ela fala um pouco sobre o tipo de câncer e o tratamento inovador feito pela equipe medica: (...) “O grande problema desse tipo de câncer são as mutações. Dr. João tá fazendo um tratamento em mim que não tem descrito no mundo porque não tem casos de estudos publicados em número suficientes. O problema de eu estar interna são os efeitos colaterais. Então, quando eu digo conviver com a doença é isso”.

Ela discorre o quanto o seu adoecimento afetou a vida da sua família e o quanto precisou não revelar o diagnóstico a sua mãe devido ao vínculo afetivo: “O meu adoecimento afetou emocionalmente todos, ficaram muito impactados e afetou a rotina também porque e eu

não posso fazer tudo que eu fazia. Relata as mudanças na rotina e na organização familiar e nas redistribuições de papéis: “(...) os meninos estão tendo que amadurecer porque estão tendo que resolver coisas que antes não resolviam, mas é isso, os meninos são conscientes. Agora, eu preservei muito minha mãe, porque ela é uma pessoa muito ligada a mim, ela é muito frágil, se ela souber de um negócio desse é capaz de entrar numa depressão e morrer”. O paciente e a família têm muitas dúvidas a respeito da doença, sobre sua forma agir e lidar em relação ao tratamento, e sobre os cuidados necessários. Por isso, alguns pacientes sentem dificuldades ao comunicar à família o diagnóstico⁵.

Lírio relembra que a rotina de vida foi alterada:” tenho que repassar, sempre fui uma pessoa muito ativa e presente em casa. Eu delego e todos contribuem sem problemas. Quando eu tô internada por vou apelando para os familiares”.

Para ela o diagnóstico afetou a questão emocional, pelo fato de vir as incertezas: (...) “Há momentos que você pensa que vai morrer, há momentos que você quer se entregar e há momentos que você diz, não, pera aí, não é assim não. Não posso me entregar. Procuo não pensar muito no assunto. Não leio resultado de nenhum exame, não faço nenhuma pesquisa pela internet. Acho que é a melhor forma pra mim de lidar”. Observa-se nesses contextos aspectos relacionados a luta e o luto. A ameaça de separação ou do fim da existência pode por si só desencadear reações de luto. O luto pode ser compreendido como uma mistura de reações psíquicas inconscientes e conscientes desencadeadas por perda significativa³¹.

Lírio relata ainda que com o adoecimento a relação familiar ficou mais sólida: (...) “eu acho que ficou mais fortalecida, era tranquila, nunca foi de discórdias e ficou mais fortalecida”. Mesmo com sofrimento gerado pela notícia do diagnóstico de câncer, o paciente e a família veem esse momento um processo de maturidade e crescimento⁵.

Ela finaliza a entrevista falando o quanto é importante a motivação em um tratamento e relembra um fato já ocorrido que ela teve a oportunidade em acompanhar: “O meu enteado tinha um amigo de trinta e poucos anos que entrou numa depressão e não conseguiu se tratar e morreu. Ou as pessoas se entregam completamente e acabam morrendo logo ou as pessoas lutam (silêncio) eu acho que tem que ter motivação pra lutar. Minha motivação são meus filhos, principalmente”.

Entrevista 09: Copo De Leite

A nona entrevista foi realizada com Copo de leite (nome fictício), 58 anos, casado, dois filhos, ensino médio completo, funcionário público, aposentado, evangélico, ex. fumante

(ativo e passivo), tempo de diagnóstico e tratamento - três meses. Durante a entrevista Leite interagiu bastante com a entrevistadora. Ele inicia sua fala relatando que tinha uma vida tranquila antes do diagnóstico. (...) “era uma vida tranquila, eu vivia trabalhando, sempre preocupado assim em viver a minha vida, viajar curtir a vida, uma vida normal. Meu maior sonho era me aposentar e eu consegui, quando aconteceu a doença eu já era aposentado, me aposentei faz um ano”.

Relata como se sentiu ao receber o diagnóstico da doença oncológica: (...) "olhe... a princípio quando minha menina me levou para falar com o oncologista e fraquejei um pouquinho, mas eu me agarrei com Deus e disse que Deus era quem, ia dar a última palavra na minha vida. Pedi a Deus pra que Deus me ajudasse e me confortasse. Mas eu não estou desesperado. Minha filha é médica e na hora quando entrei pra falar com o oncologista eu senti um pouquinho. Mas mesmo assim eu tinha minha família, minha esposa e minha filha estava do meu lado. Superei. E coloquei uma frase na minha vida:” eu vou vencer, eu venci o câncer.”.

Estudos mostram que os profissionais da saúde devem oferecer suporte para os parceiros e familiares dos pacientes, na tentativa de manter, durante o processo de tratamento e da doença como um todo, uma base familiar sólida que possa assegurar o bom andamento do processo de cuidado²⁶.

Leite informa que lida com o adoecimento de forma tranquila e faz referência a sua fé: (...) “eu lido tranquilo com o adoecimento, porque eu creio em Deus e dentro de mim eu tenho a Paz. Durante a narrativa ele está sempre se reportando a questão da fé: “Eu tenho essa certeza dentro de mim, por mim eu não teria essa força, essa calma essa paz, porque o ser humano é assim inseguro, mas eu coloquei tudo nas mãos de Deus.

Quando questionado se o adoecimento afetou a vida da sua família mais uma vez ele fez referência a fé: “Tudo coopera para o bem daqueles que amam a Deus” e com esse problema com essa doença, minha família tá bem mais junto de mim, minhas duas filhas, meus parentes, meus irmãos... afetou para o bem. Por incrível que pareça toda a minha família se preocupa um com o outro”.

Muitos pacientes utilizam a religiosidade e espiritualidade como fonte de enfrentamento da vulnerabilidade que o adoecimento causa, pois, o fato de estar hospitalizado pode trazer consigo uma série de estímulos nocivos, gerando sentimentos como: medo do hospital; medo de acontecer alguma lesão durante o tratamento; medo de sentir dor, dos profissionais e dos procedimentos; medo de morrer, de e perder autocontrole e de ficar dependente dos familiares³⁰.

Ele informa que após o adoecimento e o diagnóstico de câncer a relação e o convívio familiar ficou mais fortalecido: "ficou mais amoroso. Amoroso no sentido de tudo, do cuidado, da atenção, da pessoa, de não ser um amor fingido. É um amor que tá ali se preocupando com o outro". Leite finaliza entrevista relatando mais uma vez a sua fé e pede para falar. (...) "a gente tem mais é que crer. Quando a gente se apega com Deus há uma paz de espírito tão grande, tem mais que se apegar com ele e crer que ele pode, e que é no tempo dele" (Choro).

Entrevista 10: Papoula

A décima e última entrevista foi realizada com Papoula (nome fictício), 59 anos, casada, três filhos, ensino superior completo, trabalha na área de arquitetura, católica, ex-fumante (ativo e passivo), tempo de diagnóstico e tratamento - cinco meses. Durante a entrevista Papoula interagiu bastante com a entrevistadora e fala como era sua vida antes de receber o diagnóstico. "Minha vida é muito simples e por outro lado é muito dinâmica, eu sou uma pessoa que não para o dia todo. Gosto de tá arrumando, criando. Tenho quarenta anos de casada, sou muito feliz na família, nada de espetacular, uma família tradicional". Papoula relata como se sentiu ao receber o diagnóstico da doença oncológica: (...) "Foi difícil, mas me segurei para não deixar a família desabar. O paciente de câncer ele não sente dor, então é mais fácil você segurar a onda diante do diagnóstico que é sério, com o passar do tempo e com a gravidade que você passa a entender o que tem.

O diagnóstico traz consigo a ideia mais próxima da finitude. É como se trouxesse atrelado a vontade de viver, de fazer valer a vida. Como na fala a seguir: "No dia em que eu recebi foi um dia inesperado, mas, senti medo de não ter tido tempo de ter feito o que gostaria, eu acho que esse sentimento bate em todo mundo, de não ter ajeitado a vida dos netos, a nossa vida, essas coisas que a gente se programa a vida inteira pra fazer". No momento que você é interrompido, nasce a necessidade de sobrevivência, até que você possa se organizar e seguir em paz. Eu acho que todo mundo vai seguir, ou de pulmão ou do que for, nós somos mortais. Você vai amadurecendo e hora vai chegar. Você não espera que seja agora, você não espera que seja assim.

A entrevistada relata que está em uma fase de aceitação diante do diagnóstico e tratamento da doença mesmo que as vezes tenha alguns momentos de tristeza (...). Vale salientar que as fases do luto não são estáticas, desta maneira o doente pode manifestar ao longo do dia comportamentos contraditórios. Como ela diz: "não sei se é porque agora meu

diagnóstico tá caminhando para um caminho bom, mas eu tenho melhorado de fato a questão da aceitação. Eu choro como todo mundo que perde ou que estar prestes a perder alguma coisa, mas acho que não é nada de anormal porque eu não estou sentindo dores e isso me dá um conforto muito grande porque existe tipo de câncer que dói e o meu não dói, é indolor e eu acho que isso ajuda muito”.

Em seu discurso observa-se que essa busca frenética demonstra um viver em relação com a ansiedade, e uma culpa associada a comportamentos não direcionados para práticas de saúde onde fica evidente que se deixou influenciar por uma geração que fazia uso do cigarro. Ela deixa claro que não é fácil lidar com o adoecimento: (...) “é difícil! porque agora que eu estou voltando as atividades normais. Eu não sei como vai ser, se eu vou ter força física para continuar fazendo o que eu fazia. Ela discorre sobre a incerteza de como será sua readaptação após ter passado alguns meses acamada: (..)” vou ver se eu ainda tenho os meus sentidos normais que eu perdi um pouco deitada. Eu não sei como vai ser daqui pra frente, mas acredito em uma boa recuperação, porque eu sou danada, eu não sou parada, então acredito que eu vou buscar esse rejuvenescimento do que eu perdi por tristeza, pela magreza, pela espera, pelo próprio estado físico que tive que parar para ser tratada”.

Em sua fala relata como o adoecimento afetou a vida da sua família. “Afetou meus filhos, afetou meu marido; nós estamos vivendo uma situação nova, com muito sofrimento e com muita angústia. É muito angustiante não ter a certeza do resultado final, do que vem. Isso afeta muito a todos”. Para ela o adoecimento mexe com uma dinâmica familiar: (...) “eu acho que quando uma pessoa adoce, adoce uma família toda. Principalmente quando é uma pessoa atuante, bem relacionada com todo mundo e com a família. A família não tem o sofrimento físico e sim o sofrimento da alma.

Ela discorre da dinâmica familiar diante da notícia do câncer. (...) “a relação ficou mais forte, mais temeroso, mas bem mais forte”. Papoula faz uma observação em relação ao processo de amadurecimento frente a doença. “Eu que sou a mais afetada, mudei bastante em relação a vida. As pessoas não adoecem, estão bem e não valorizam tantas coisas simples que poderiam valorizar, e até mesmo essas discórdias que são insignificantes em relação quando a pessoa tá num estado desse, a gente vê que nada mais é significativo do que a paz a saúde. Essa consciência a gente vem tomando quando a gente entra numa situação dessa e que sai dela”. Ela faz uma reflexão sobre a vida e discorre: “Vamos viver cada dia da vida. A vida não é o que a maioria das pessoas pensam que é, ela é bem mais simples. Talvez se eu tivesse prestado atenção do tamanho da simplicidade dela eu não tivesse fumado o que fumei e não teria adoecido o que eu

adoeci, porque tudo isso foi uma busca frenética por bens materiais e muita coisa eu atropeliei e não podia ter atropelado”.

Quando questionada sobre o que foi “atropelado” ela faz referências ao bem estar a saúde, a felicidade, a paz. Essa reflexão fica evidente na sua narrativa: (...)” essa busca frenética por um bem estar social, bens materiais, adoce as pessoas a ponto de você deixar as coisas mais importantes como o bem estar natural. Se eu tivesse tido essa consciência antes poderia estar bem agora, eu sou jovem e se eu não tivesse fumado eu não estaria passando por isso. Eu fumei durante 40, sou de uma geração que fumava e quem não fumava antigamente estava fora de moda. Hoje a gente (e referindo ao esposo) não fuma mais, não vale a pena”.

O tabagismo causa dependência e se desenvolve gradualmente durante a adolescência. Quanto mais cedo se dá esse início, maior a chance de um indivíduo depender da nicotina. Com isso, os adolescentes fumantes assumem maiores riscos para certos tipos de câncer ao envelhecer relacionados ao hábito de fumar³².

Ela finaliza a entrevista emocionada relatando que gostaria de deixar uma mensagem: “Vivam com saúde, a saúde é muito importante, é em primeiro lugar abaixo de Deus. Pra a saúde existir você tem que ter felicidade com as coisas simples porque você não adoce. Eu acho que a paz é quem traz a cura, o amor, o sossego, a paz tudo. No meu caso a gente tem muita coisa boa para contar, eu não tenho muitas coisas ruins para contar graças a Deus. Apesar de ser um diagnóstico forte, minha vida não é ruim, eu estou aqui levando ela até onde Deus quiser”.

3.10 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os parâmetros da resolução nº510/16, com a carta de anuência assinada pelo diretor do RHP (Apêndice 01) e só foi realizada após ser aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS (Anexo 01).

Os possíveis benefícios da pesquisa em relação aos participantes são a possibilidade de trazer informações e reflexões inovadoras para os pacientes assim como para o hospital no que diz respeito ao processo de adoecer e ao enfrentamento da doença, tanto pelo paciente quanto pela família. Um possível malefício seria o desconforto pessoal quanto à entrevista. Em caso de desconforto, a entrevista seria interrompida, a qualquer momento, de acordo com o desejo do participante. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após leitura, foi assinado em duas vias, uma delas destinada ao participante e a outra ao pesquisador.

Os participantes foram informados, ainda, a respeito do sigilo absoluto de todos os dados que pudessem identificá-los enquanto participantes da pesquisa, constantes do termo de confidencialidade, o que incluiu apenas os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo e sua divulgação (ou seja, durante e após o término do estudo), e do compromisso referente à destruição de dados utilizados na pesquisa tais quais: gravações, questionários sociodemográficos, e formulários de entrevistas. Não foram observados quaisquer desconfortos dos participantes durante a entrevista, caso isso fosse observado ou explicito o pesquisador iria propor um acompanhamento psicológico ao participante na referida instituição.

3.11 Conflito de interesses

Os pesquisadores informaram que não houve conflitos de interesses na realização da presente pesquisa.

IV. RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão apresentados em dois formatos. O primeiro refere-se a um artigo científico intitulado: “O câncer de pulmão e suas repercussões sobre o paciente e a família”, que será submetido à revista Arquivos Brasileiros de Psicologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) com Qualis A2 (Anexo 2) e o segundo trata-se de um produto que consiste em uma proposta de Oficina de Sensibilização e orientação junto aos pacientes para propiciar um espaço de autocuidado do paciente acometido com câncer de pulmão, bem como o cuidado dos seus familiares.

4.1 Artigo

O câncer de pulmão e suas repercussões sobre o paciente e a família: um estudo qualitativo

Lung cancer and its effects on the patient and the family: a qualitative study

El cáncer de pulmón y sus efectos en el paciente y la familia: un estudio cualitativo

Resumo

A doença e a hospitalização costumam trazer sofrimentos intensos para o ser humano e para a família. Dessa forma, o câncer em suas formas variadas vem se configurando como um sério problema de saúde pública, incluindo o câncer de pulmão. Dessa forma, o presente artigo tem por objetivo analisar as repercussões do adoecimento e do diagnóstico de câncer de pulmão sobre o paciente e a relação familiar, visando compreender as implicações em relação ao convívio e interações familiares. A pesquisa é de natureza qualitativa, descritiva, tipo corte transversal, amostragem intencional e por conveniência. Participaram dez pessoas de ambos os sexos, com idade entre 18 e 75 anos. Utilizou-se como instrumento a entrevista semiestruturada conduzidas pela pesquisadora responsável com permissão dos participantes. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo descrita por Minayo (2017) a fim de se chegar a temas e categorias de análise. Os temas e as categorias foram discutidos a partir da literatura nacional e internacional sobre a temática apresentada. O estudo seguiu as diretrizes da resolução 510/2016 do Conselho Nacional em Saúde para pesquisas com seres humanos. Os resultados apresentam que as repercussões do diagnóstico de câncer sobre o paciente e a família desencadeiam uma gama de sentimentos, medos e temores pela imprevisibilidade dos acontecimentos que estão implicados tanto no tratamento quanto no resultado do mesmo. Além disso, os pacientes relataram seus receios em terem que lidar com uma doença de caráter estigmatizado gerando muitos momentos de angústia diante do processo de adoecimento. Emergem sentimentos durante o recebimento do diagnóstico e tratamento, tais quais angústia e medo. No que diz respeito ao convívio e interações familiares, observou-se efeitos positivos em relação a influência da família, como aproximação e o cuidado mais acentuado assim como a presença da espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento nesse contexto. Conclui-se que apesar do diagnóstico de uma doença oncológica ser uma experiência atrelada ao sofrimento humano, o cuidado e a proximidade da família é um fator primordial de grande

importância para que os pacientes possam seguir adiante e evoluir da melhor maneira possível. Desta maneira, o estudo possibilita abrir um olhar para a realização de novas pesquisas, tendo em vista o aumento de novos números de casos de pacientes com neoplasia maligna de pulmão.

Palavras chaves: Câncer de pulmão; Adoecimento; Relação familiar; Psicologia da Saúde.

Abstract

Illness and hospitalization usually bring intense suffering to the human being and the family. Thus, cancer in its various forms has been configured as a serious public health problem, including lung cancer. Thus, this article aims to analyze the repercussions of illness and the diagnosis of lung cancer on the patient and family relationship, in order to understand the implications in relation to living and family interactions. The research is qualitative, descriptive, cross-sectional, intentional and convenience sampling. Ten people of both sexes, aged between 18 and 75 years, participated in the study. A semi-structured interview conducted by the responsible researcher with the permission of the participants was used as an instrument. Data were analyzed based on the content analysis technique described by Minayo (2017) in order to arrive at themes and analysis categories. The themes and categories were discussed based on national and international literature on the topic presented. The study followed the guidelines of resolution 510/2016 of the National Health Council for research with human beings. The results show that the repercussions of the cancer diagnosis on the patient and the family trigger a range of feelings, fears and fears due to the unpredictability of the events that are involved in both the treatment and its outcome. In addition, patients reported their fears of having to deal with a stigmatized disease, generating many moments of anguish in the face of the disease process. Feelings emerge while receiving the diagnosis and treatment, such as anguish and fear. With regard to social interactions and family interactions, positive effects were observed in relation to the influence of the family, such as approximation and more accentuated care, as well as the presence of spirituality as a coping strategy in this context. It is concluded that although the diagnosis of an oncological disease is an experience linked to human suffering, care and closeness to the family is a key factor of great importance for patients to move forward and evolve in the best possible way. In this way, the study makes it possible to open a look at the realization of new researches, in view of the increase in new numbers of cases of patients with malignant lung cancer.

Keywords: Lung cancer; Illness; Family relationship; Health Psychology.

Resumen

La enfermedad y la hospitalización suelen traer un sufrimiento intenso al ser humano y a la familia. Así, el cáncer en sus diversas formas se ha configurado como un grave problema de salud pública, incluido el cáncer de pulmón. Así, este artículo tiene como objetivo analizar las repercusiones de la enfermedad y el diagnóstico de cáncer de pulmón en la relación paciente y familiar, con el fin de comprender las implicaciones en relación con las interacciones vitales y familiares. La investigación es de muestreo cualitativo, descriptivo, transversal, intencional y por conveniencia. Participaron del estudio diez personas de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y los 75 años. Se utilizó como instrumento una entrevista semiestructurada realizada por el investigador responsable con el permiso de los participantes. Los datos se analizaron con base en la técnica de análisis de contenido descrita por Minayo (2017) para llegar a temas y categorías de análisis. Los temas y categorías se discutieron con base en la literatura nacional e internacional sobre el tema presentado. El estudio siguió los lineamientos de la resolución 510/2016 del Consejo Nacional de Salud para la investigación con seres humanos. Los resultados muestran que las repercusiones del diagnóstico de cáncer en el paciente y la familia desencadenan una serie de sentimientos, miedos y miedos debido a la imprevisibilidad de los eventos que intervienen tanto en el tratamiento como en su resultado. Además, los pacientes relataron sus miedos de tener que lidiar con una enfermedad estigmatizada, generando muchos momentos de angustia ante el proceso patológico. Al recibir el diagnóstico y el tratamiento surgen sentimientos como la angustia y el miedo. En cuanto a las interacciones sociales y familiares, se observaron efectos positivos en relación a la influencia de la familia, como la aproximación y el cuidado más acentuado, así como la presencia de la

espiritualidad como estrategia de afrontamiento en este contexto. Se concluye que, si bien el diagnóstico de una enfermedad oncológica es una experiencia ligada al sufrimiento humano, el cuidado y la cercanía a la familia es un factor clave de gran importancia para que los pacientes avancen y evolucionen de la mejor manera posible. De esta forma, el estudio permite abrir una mirada a la realización de nuevas investigaciones, ante el aumento de nuevos casos de pacientes con cáncer de pulmón maligno.

Palabras llave: cáncer de pulmón; Enfermedad; Relacion familiar; Salud psicológica.

INTRODUÇÃO

Câncer é um termo genérico para um grande grupo de doenças que pode afetar qualquer parte do corpo e tem em comum o crescimento desordenado de células (INCA, 2020).

O número de pessoas adoecendo de câncer vem crescendo entre a população, e que as neoplasias foram responsáveis por 9,6 milhões de mortes em 2018 em países de baixa e média renda. A explicação para este aumento está na maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos como: tabagismo, alcoolismo, dieta, doenças cardiovasculares, respiratórias, fatores ambientais, entre outras. A redefinição dos padrões de vida, a partir da uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo desencadeados pelo processo global de industrialização, tem reflexos importantes no perfil epidemiológico das populações (INCA, 2020).

No que se diz respeito a apresentação clínica tardia, diagnóstico e tratamento inacessíveis são comuns ainda hoje; apenas 26% dos países de baixa renda relataram ter serviços de patologia disponíveis no setor público, em contrapartida, mais de 90% dos países de alta renda relataram que os serviços de tratamento estão disponíveis, em comparação com menos de 30% dos países de baixa renda. (Costa, Hoch, & Oliveira, 2015).

O câncer de pulmão é o segundo mais comum em homens e mulheres no Brasil. É o primeiro em todo o mundo desde 1985, tanto em incidência quanto em mortalidade. Cerca de 13% de todos os casos novos de câncer são de pulmão. O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão. Em cerca de 85% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco. O cigarro é, de longe, o mais importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão. A taxa de mortalidade de 2011 para 2015 diminuiu 3,8% ao ano em homens e 2,3% ao ano em mulheres, devido à redução na prevalência do tabagismo (Araújo et al., 2018).

A taxa de sobrevida relativa em cinco anos para câncer de pulmão é de 18% (15% para homens e 21% para mulheres). Apenas 16% dos cânceres são diagnosticados em estágio inicial (câncer localizado), para o qual a taxa de sobrevida é de 56% (INCA, 2020).

Segundo Botega (2012) no processo de adoecer, o homem que é um ser biopsicossocial, se vê numa posição de desconformidade acarretado pela doença e as implicações desta. Estar enfermo e a mudança de rotina são condições que geram sempre alguns transtornos psicossociais, principalmente quando olhamos para o paciente em seu novo modo de vida. É importante conhecermos o surgimento da doença e como a mesma evoluiu para melhor ajudar no enfrentamento da situação, tanto do adoecido quanto dos familiares envolvidos. Cada patologia apresenta um modo próprio de instalação o que, evidentemente, interfere na repercussão que causa no cotidiano dos sujeitos.

A doença e a hospitalização costumam trazer sofrimento intenso para o ser humano, levando a uma reorganização na sua rotina e talvez sendo um dos momentos difíceis de enfrentamento para a experiência humana. Partindo do princípio de que várias alterações são outorgadas à sua rotina de vida, independente da sua vontade, esse momento crítico também é vivenciado pelas pessoas que convivem com o ente querido enfermo (Delalibera, & Leal, 2018).

Diante do contexto é importante destacar a percepção e as vivências da família quando um

dos integrantes desse sistema adoece a ponto de precisar de um acompanhamento hospitalar. Quando uma pessoa adoece, este fato provoca uma modificação na dinâmica do núcleo familiar (independente se o familiar está no hospital ou em sua residência). A mudança pode estar associada ao estresse, problemas de organização e economia, de acordo com o papel que a pessoa enferma desempenha na família. Assim, muitos aspectos da doença pesam sobre os familiares, sobretudo, se a doença se prolongar, uma vez que terá que reestruturar as suas relações e rever o andamento da vida de acordo com as exigências do enfermo, muitas vezes também do médico e até mesmo do hospital (Borges et al., 2017).

Alguns problemas de ordem emocional podem ocorrer em pacientes com câncer e em seus familiares em função da dificuldade em lidar com o diagnóstico. De acordo com pesquisas relacionadas a pacientes oncológicos e familiares, transtornos psicológicos como depressão e ansiedade são diagnosticados no paciente em seus familiares em todas as fases do tratamento. Estas consequências se devem porque a palavra câncer adquiriu uma conotação de doença terrível, sem cura, e que termina em morte sofrida. Entretanto, apesar das doenças oncológicas serem, na sua maioria, crônicas, nem sempre levam a morte devido a modernas medicações e a tratamentos inovadores (Costa, Hoch, & Oliveira, 2015).

No que se refere ao estresse causado pelo câncer, sabe-se que a família pode apresentar queixas ocasionadas pelo sofrimento emocional, psicológico e físico de seu familiar. Esse estresse é oriundo das demandas e das consequências do tratamento, como internações, quimioterapias, cirurgias e sessões de radioterapia. Desta forma, por meio da rotina do tratamento de um familiar com câncer, a família começa a ser introduzida a um mundo que a amedronta, desconhecido e diferente do qual ela está habituada: o mundo da doença. Da mesma forma como sofrem as consequências diretas da doença de seu familiar, os familiares também têm enorme influência sobre o tratamento do câncer do paciente. O recebimento de um diagnóstico indesejado pode alterar o funcionamento familiar. Quando a doença é diagnosticada

como oncológica, a percepção da finitude da vida torna-se presente e é muito comum que apareçam mitos e fantasias em torno do membro portador da doença e também de seu tratamento (Costa, Hoch, & Oliveira, 2015).

Nesse sentido, quando o paciente recebe o diagnóstico de câncer reage de uma maneira diferente se comparado ao diagnóstico de outras doenças, pois ainda existe uma crença de que tal diagnóstico está relacionado à dor, a tratamentos invasivos e à morte. Em função de seu estigma social e de sua associação com a morte, o câncer é a doença que mais provoca medo nas pessoas (Ziguer, Bortoli, & Prates., 2016).

De certa forma, o surgimento da doença crônica em um contexto familiar se assemelha a adição de um novo membro na família e faz com que todo o sistema se modifique em função da sua chegada, mudando o foco interno de cada indivíduo que compõe a família. As exigências, perdas, mudança de papéis afetivos e práticos e medos são anexos a doença e fazem os familiares mudarem o foco e modificarem o sistema familiar, integrando assim o sistema da doença e do indivíduo (Silva et al., 2018).

Diante do exposto, o objetivo do presente artigo é analisar de que forma o adoecimento e o diagnóstico de câncer de pulmão repercutem sobre a vida do paciente e da família.

MÉTODOS

Pesquisa de natureza qualitativa, do tipo corte transversal. Foram conduzidas dez entrevistas com pacientes em tratamento oncológico em um hospital de grande porte na cidade do Recife. Os critérios de inclusão foram: homens e mulheres, maiores de 18 anos de idade, em tratamento de câncer de pulmão. Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (2.624.091/2018), foi iniciada a coleta de dados. Os participantes foram captados de forma intencional pela pesquisadora. Foram realizados convites para a participação da pesquisa, e as entrevistas foram iniciadas apenas após a leitura do TCLE pelos pacientes junto com a autora da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas individuais semiestruturadas, conduzidas com as seguintes questões: 1. Fale-me sobre sua vida antes de receber o diagnóstico. 2. Como você se sentiu ao receber o diagnóstico da doença oncológica? 3. Como você lida com o adoecimento? 4. O seu adoecimento afetou a vida da sua família? 5. Após o diagnóstico e diagnóstico de câncer, como ficou a relação e o convívio familiar?

Segundo Gil (2008) a entrevista semiestruturada é uma das formas para coletar dados tendo como uma das características a utilização de um roteiro previamente elaborado. Esse tipo de entrevista está inserido em um espectro conceitual maior que é a interação propriamente dita que se dá no momento da coleta. Desta forma, a entrevista pode ser entendida como um processo de interação social, verbal e não verbal, que ocorre, entre um pesquisador e um participante, onde o pesquisador tem um objetivo previamente definido, e o entrevistado que, supostamente, possui a informação que possibilita estudar o fenômeno em pauta, e cuja mediação ocorre, principalmente, por meio da fala, ou seja, a linguagem verbal.

Após prévia autorização do participante, as entrevistas foram gravadas por um celular, e posteriormente, transcritas, na íntegra, e digitadas no formato Word. Foram considerados, também, todo o tipo de comunicação dos pacientes observados na coleta de dados, como: expressões faciais, choro, sorrisos, etc.

Para análise das entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo de modalidade temática (Minayo, 2007). De acordo com Minayo (2007, pp. 209-210) a análise temática se desenvolve segundo as fases de *pré-análise* que se concentra “na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final”. A segunda etapa é a *exploração do material*, que “consiste essencialmente na operação de codificação, através da transformação dos dados brutos, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto”. Por fim, a terceira consiste no *tratamento dos dados obtidos e interpretação* dos resultados com base na literatura consultada. As interpretações levaram em consideração todos os dados coletados e o fechamento amostral ocorreu pela saturação (Minayo, 2007).

Após a transcrição das entrevistas, as mesmas foram apagadas. As entrevistas foram classificadas por ordem de acontecimentos e receberam uma numeração de acordo com a sequência de cada entrevista, o sigilo da fala de cada participante também foram preservados, mediante a utilização de nomes fictícios de forma que não houvesse a exposição e a singularidade do entrevistado preservando a ética profissional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi composto por dez participantes de ambos os sexos, entre 18 e 75 anos com diagnóstico de câncer de pulmão em tratamento em um hospital de grande porte, situado na cidade do Recife. Sendo seis mulheres e quatro homens. Das seis mulheres, apenas uma ainda exerce atividade laboral. Todos os quatro homens encontram-se aposentados, porém, um ainda exerce a profissão. Dos dez participantes, nove são casados, um é solteiro e o restante ainda reside com a família de origem. Dos dez participantes, apenas um já vem em tratamento há cerca de um ano e os demais estão em tratamento há menos de seis meses. Dos dez participantes, nove eram fumantes passivos e ativos. Todos os participantes referiram fazer parte de alguma religião, onde cinco se declararam católico, quatro evangélicos e um faz parte da doutrina espírita. Todos os participantes receberam nomes fictícios, inspirados em nomes de flores.

Diagnóstico e tratamento

Receber o diagnóstico de uma doença não é fácil para o ser humano, se tratando de câncer é ainda mais difícil pois a doença ainda é considerada por alguns como a pior enfermidade que existe. Nesses casos, ocorre um luto antecipatório, quando se tem a percepção de uma realidade de perda, antes da morte propriamente dita (Batista, Mattos, & Silva, 2015).

Podemos observar o quanto o recebimento desse diagnóstico ainda é doloroso de acordo com o depoimento de **Orquídea** (57 anos): “(...) receber um diagnóstico desse é uma coisa que não tem como ser definido, palavras não vão conseguir jamais definir um diagnóstico desse. Porque o câncer quer se queira ou não está ligado a uma sentença de morte, essa é minha concepção. Eu me senti realmente abalada, eu senti assim, a gente sabe que a pessoa que tem um tumor, a gente sabe a gravidade da coisa”.

O recebimento do diagnóstico associado ao sofrimento e a dor também ficam evidenciados na fala de **Lírio** (60 anos): (...) “Receber um diagnóstico desse, foi um impacto muito grande, né? porque eu sempre tive uma vida saudável. O impacto emocional foi muito grande porque é uma coisa que você não espera. Jamais imaginei na minha vida que eu teria um câncer. Nunca, nunca, nunca. Nunca pensei na minha vida”. A surpresa da notícia gera em Lírio um processo angustiante, de dúvidas e incertezas fazendo-se necessário a presença da família - o processo de adoecimento constitui-se no momento em que o enfermo mais necessita de apoio, tornando-o indispensável para o enfrentamento da doença, para a reabilitação e a adaptação à nova condição de vida (Trindade, & Hahn, 2016).

A confirmação de estar com uma doença grave leva o paciente a reflexão da possibilidade da finitude e da morte, que fica claro na fala de **Papoula** (59 anos): (...) “No dia que eu recebi o diagnóstico foi um dia inesperado, mas, eu senti medo de não ter feito o que eu gostaria, eu acho que esse sentimento bate em todo mundo, medo de ir embora e não ter ajeitado a vida dos netos, a nossa vida. Essas coisas que a gente se programa para fazer e quer fazer tudo e chega um momento que você é interrompido...você acha que é interrompido antes de fazer. Eu acho que todo mundo vai seguir, enfim... ou de pulmão, seja lá do que for. Nós somos mortais, essa coisa vai amadurecendo e ela vai chegar.” Observa-se na fala de Papoula um impacto emocional muito forte vivenciado diante da confirmação do diagnóstico, o temor da morte é um outro aspecto presente na referida pesquisa. A confirmação de estar com uma

doença grave leva o paciente a reflexão da possibilidade da finitude e da morte (Karkow et al., 2015).

O câncer é frequentemente percebido como uma doença que ameaça a vida e, por isso, é culturalmente temido pela sociedade. A revelação desse diagnóstico apresenta-se para as pessoas, muitas vezes, como uma má notícia, devido ao estigma que o câncer carrega. É interessante informar que as más notícias em saúde incluem situações que constituem uma ameaça à vida e ao bem-estar pessoal, familiar e social, dadas as repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam (Karkow et al., 2015).

Existe uma grande dificuldade em receber e aceitar esse diagnóstico porque rompe com a construção da rotina e da realidade “normal” apontada pelos entrevistados. Os participantes, de uma forma geral, referem que levavam uma vida normal, tinham uma vida de trabalho e que o adoecimento é um acontecimento que gera mudanças. Após as falas observa-se alterações na vida dos pacientes. Os participantes, à medida que se viram frente ao diagnóstico, se confrontaram com alterações nas suas vidas saudáveis (“normal”) para uma condição de doente. Comparando com a vida antes de ter o câncer, que para os entrevistados era pautada pela independência e pelo trabalho sem muitas preocupações com o estado de saúde e a condição em que se encontram. O estado atual é definido de modo diferente. Isto fica evidenciado na fala de **Azaléia** (56 anos): (...) “Olhe, minha vida antes de receber o diagnóstico era uma vida normal, uma vida de trabalho, um ser humano com uma vida normal, produzindo”.

O sentimento de ter uma vida normal também está explícito no depoimento de **Begônia** (46 anos): (...) “Eu antes de receber o diagnóstico tinha uma vida corrida, e uma vida normal. Muitas ocupações”.

O fato de trabalhar, se ocupar, viver normalmente está presente também na narrativa de **Pinheiro** (74 anos): (...) “Antes de receber o diagnóstico eu tinha uma vida normal, muitas ocupações, uma vida de trabalho. Sempre trabalhei, tinha uma vida normal”. Antes de

receberem o diagnóstico, levavam uma vida cotidiana como a maioria do ser humano que vive em sociedade, trabalhando e executando os seus afazeres. Alguns participantes têm que se habituar a levar uma vida em sociedade totalmente diferente por um bom tempo, mesmo tendo a possibilidade de um dia voltar a vida cotidiana no futuro.

O ser humano se insere na sociedade, assimilando e com participação ativa do cotidiano da comunidade onde está inserido. Como podemos observar no discurso de **Camélia** (58 anos): (...) “eu fazia minhas atividades, fazia pilates, tinha um convívio com a família e com todo mundo”. Desta maneira as atividades do dia a dia de cada pessoa estão relacionadas com as atividades cotidianas dos seus amigos, de sua família, colegas de trabalho constituindo uma trama de relações sociais vinculadas a diferentes atividades (Heller, 2019).

Também fica evidente esse impacto na vida cotidiana na fala de **Cravo** (64 anos): (...) “eu levava minha vida normal, ia fazer minha feirinha lá no centro junto com minha esposa, andava de bicicleta, convivia com minha família e com os vizinhos dava uma volta na cidade, sempre tinha meus afazeres em dia”. À medida que se viu frente ao diagnóstico, confrontou com alterações nas suas vidas saudáveis “normal” para uma condição de doente. Comparando com a vida antes de ter o câncer, que era direcionada pelo trabalho e pela autonomia sem muitas restrições.

Sentimentos durante o tratamento

Durante o tratamento da doença oncológica, podem surgir alguns desconfortos físicos, porém esses não são os únicos traços com que esses pacientes se deparam. Ficaram evidentes sentimentos de medo referido na fala de **Orquídea** (58 anos): (...) “lidar com o adoecimento? Eu ainda não estou entendendo nada, esse corpo não me pertence após a química. Eu não sou ignorante eu leio, a gente tem uma noção. Mas viver é diferente só sabe quem passa, só sabe quem tem o câncer”.

O sentimento de medo e paz foram percebidos na entrevista de **Begônia** (46 anos): (...) “Hoje em dia eu lido melhor né, já comecei a fazer o tratamento, no começo foi mais difícil foi angustiante. No início tudo era uma novidade para mim, então eu sofri um pouco assim no início do tratamento. Hoje em dia eu lido tranquilo, no começo foi mais difícil, foi angustiante, tinha muitos efeitos colaterais. No começo foi tudo muito estranho, mas eu passei por isso. Eu lido melhor. A rádio pra mim é a pior parte. Fui estudar sobre a doença, agora para meu companheiro era angustiante”. Sentimentos negativos emergem, no paciente em virtude do estigma que a doença carrega da mesma forma como o diagnóstico, o tratamento também influencia na manifestação de inúmeros sentimentos. Estes sentimentos desvelam-se a partir das dificuldades enfrentadas, marcadas pela dor física, causada pelo tratamento do câncer (Ziguer, Bortoli, & Prates, 2016).

Sentimentos de angústia foram observados na fala de **Crisântemo** (62 anos): (...) “Com muita angústia, muito angustiante e sem ter uma certeza do resultado final do que vem e que a gente ainda vive essa situação é nova né? Isso afeta muito a todos”. O ser humano vivencia um momento de incerteza, baseado no seu estado atual, ou seja, no momento a qual vem passando. Sobre o estado de angústia podemos dizer que significa estreiteza, limite de espaço ou de tempo, ansiedade ou aflição intensa, ânsia, agonia (Rocha, 2000).

A angústia faz parte da vida do ser humano. Abre-nos para o real, para o futuro, para a distinta possibilidade de tudo. A angústia está associada ao medo e a culpa e na linguagem cotidiana algumas pessoas chegam a confundir angústia com sentimento. Entretanto, a angústia é diferente de medo e de culpa, é um estado de humor, um encontrar-se (Rocha, 2000).

Angústia é encontrada na teoria Freudiana, estando relacionada ao processo de desenvolvimento com suas várias etapas. Segundo Rocha (2000) para Freud a angústia inscreve-se no corpo, e num segundo tempo, sem deixar de ser inscrita no corpo, inscreve-se também no psíquico.

Alguns pacientes visualizam o tratamento oncológico como uma obrigação necessária, possuem a compreensão de que não há outra alternativa para continuarem vivos. Isso fica evidente na fala de **Azaléia** (67 anos): (...)” pra mim é muito difícil o tratamento é... eu reconheço que por algumas horas por estar enjoada, por algum mal estar eu posso ser, não é agressiva, mas talvez às vezes eu fique um pouco mais rude. “Eu venho pra aqui e o sentimento é de tortura é como se eu tivesse vindo pra ser torturada por criaturas que são amorosas, que são generosas pessoas amorosas. Isso é isso, vão cuidar de mim. Eu estive na outra parte do hospital, para fazer a cirurgia e foi bom e aqui é melhor ainda. O cuidado que eu vejo é missão”.

Vale salientar que, as questões emocionais caminham juntas durante todo o tratamento físico. Esse fato fica evidente na entrevista de **Cactos** (60 anos): (...) “Às vezes eu fico um pouco estressado no começo, mexeu com a mente um pouco eu não vou negar, né, se é pra dizer a verdade eu vou dizer a senhora, às vezes dá aquela agonia e eu digo coisas com eles com meus meninos aí eles dizem que eu estou estressado. Eu tenho que vim pra cá pegar o ônibus pra fazer esse tratamento e eu depois sei que é pra eu ficar curado”.

Mesmo sofrendo reações adversas do tratamento (mal-estar, náuseas, tontura e perda de peso) optam pela terapêutica, prevalecendo assim o movimento em direção à sobrevivência e a cura. Como relata **Begônia** (46 anos): (...) “Quando eu falei aos meus parentes eles ficaram surpresos e ao mesmo tempo angustiados porque pensavam que eu ia morrer, por falta de conhecimento, como muitas...acontece com muita gente né? que veem o câncer como uma doença fatal. Para o meu esposo foi mais difícil, porque ele convive comigo então ele enfrenta muito de perto os efeitos colaterais, ele também me acompanha no tratamento, então pra quem tá muito perto da gente que tá doente é um pouco angustiante, era tanta angústia então, pra ele foi muito difícil, agora ele tá aprendendo também a lidar com a ajuda dos médicos, eles conversam e explicam sobre a doença e com a ajuda da psicologia que conversa com a gente”.

Pelo exposto, é possível compreender que o adoecimento por uma doença oncológica repercute na vida do paciente acometido pela doença, defrontando-o com a realidade do existir e com a angústia inerente do homem que, entretanto, é, como referido, exacerbada pelo adoecer. Sendo assim o adoecimento é uma situação única e inesperada em que não se está preparado, mas que se pode vivenciar e reconhecer que somos um ser finito que deve caminhar para o cuidado. Neste sentido, o cuidado oferecido ao paciente em tratamento oncológico deve ser priorizado e levando-se em conta que ele é um ser biopsicossocial espiritual, não havendo nenhuma dissociação.

Estratégias de enfrentamento

Estar diante de uma enfermidade como o câncer é uma situação conflitante para a família e o paciente, conforme os relatos abaixo o adoecimento afeta a vida da família e do paciente e é preciso traçar estratégias de enfrentamento para atravessar o processo de adoecer, alguns pacientes tem seu modo próprio de agir e de acordo com o contexto em que estão inseridos eles lidam com a doença da sua maneira singular. O adoecimento desestrutura toda uma dinâmica de vida, inclusive na rotina de uma família.

Para Mattos, Blomert, Campos e Silvério (2016) o enfrentamento é compreendido a partir das estratégias focalizadas na problemática a qual o paciente vem enfrentando e das estratégias centradas na emoção. As primeiras objetivam analisar e definir a situação vivenciada e buscar alternativas para resolvê-las, enquanto as estratégias centradas na emoção referem-se às atitudes adotadas pelos indivíduos quando percebem que os estressores não podem ser modificados e que é necessário continuar interagindo com eles. Na presente pesquisa as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes observam-se a espiritualidade como referência como relata **Girassol** (46 anos): (...) “Custa caro ter o câncer, ele mexe com nosso

emocional, nosso físico e nosso financeiro, então vamos começar a escrever uma nova história com muita fé em Deus”.

Durante a pesquisa observa-se que para alguns pacientes e seus familiares o câncer ainda é uma doença que ameaça e desafia, desta maneira, os pacientes utilizam-se de alguns esforços comportamentais para lidar com situações de dano, de incerteza e de desafio. Uma das estratégias usadas foi a busca pelo suporte espiritual como narra **Lírio** (72 anos): (...) “Aguentar isso é complicado, é difícil, mas, eu passo por isso e nunca pensei, nunca discuti com Deus, nunca questionei Deus, até porque eu sou católica e tenho minha fé em Deus”.

Para Benites, Nemes e Santos (2017) a espiritualidade pode influenciar o modo como o paciente enfrenta o processo de adoecer e suas repercussões bem como a maneira como atribui significados ao adoecimento e as intercorrências vivenciadas na trajetória de tratamento. No adoecimento por doença oncológica, a proporção espiritual possibilita aos pacientes o desenvolvimento da esperança, de um significado para a doença e de um propósito e sentido para a vida, o que favorece o amadurecimento pessoal, a integridade e o enfrentamento da situação vivenciada. A experiência do adoecimento pode ser vivenciada como um fato abarrotado de sentidos, bem como um ganho existencial, pois quando o homem encontra um sentido para seguir em frente, apesar dos obstáculos comuns à vida, pode transcender as dificuldades iminentes impostas pelas circunstâncias adversas.

Observa-se no discurso de alguns participantes que a fé aparece como um suporte de confiança e está diretamente associada a esperança de cura. Isso foi relatado por **Hibisco** (74 anos): (...) “Eu me apeguei logo com Deus que ele é o chefe dos médicos e eu sempre confiei em Deus. Para curar é Deus, né? Eu tenho muita fé”. Os significados e a busca de apoio na dimensão espiritual se evidenciaram de forma específica para cada paciente no modo de viver e agir diante da doença (Benites, Nemes, & Santos, 2017).

Durante a pesquisa observa-se que uma das formas de enfrentamento adversos e favoráveis da doença crônica está no sentimento de fé em Deus. Isso fica claro na narrativa de **Magnólia** (64 anos): (...) “Somos também muito católicos e muito voltados para Deus e isso também ajuda muito dá uma força muito grande. Todos somos muito católicos e temos muito essa fé em Deus e somos ligados a Jesus Cristo e as coisas de Deus”. A narrativa dela mostra que a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas - a fé é uma característica essencial da existência, a fé e o ser humano são inseparáveis já que a fé envolve desejos, emoções e vontades, ao contrário da razão que se baseia em um objetivo (Miranda, Anjos, & Felipe, 2015).

Miranda, Anjos e Felipe (2015) alegam que a espiritualidade é enfatizada em vários estudos, inclusive com o público idoso e foi constatado que o bem estar espiritual é um fator de proteção e positividade de combate à doença. No estudo também é relatado que com idosos em tratamento de doenças oncológicas constatou-se que a espiritualidade se sobressaiu no combate à ansiedade para os pacientes que informaram ter uma fé religiosa.

Um estudo realizado por sobre qualidade de vida relacionada à saúde e espiritualidade em pessoas com câncer revelou que a neoplasia maligna mostrou afetar os participantes no que diz respeito ao corpo a mente e ao espírito, face a isso o domínio espiritualidade, religiosidade e as crenças pessoais apresenta-se como item fundamental para o melhor enfrentamento, alívio dos impactos provocados pelo câncer e melhor conhecimento para auxiliar os profissionais de saúde. Desta forma é capaz de oferecer bem-estar e conforto mesmo diante do abalo e expectativa da doença (Menezes et al., 2018).

Neste estudo, esse domínio, quando incluído na assistência ao paciente com câncer, pode promover maior descoberta de si mesmo durante o processo diagnóstico e terapêutico também permite compreender essa experiência como um momento de resignificação e

redirecionamento da vida, do equilíbrio relacionado consigo e no contexto onde se está inserido (Menezes et al., 2018).

A família e dinâmica familiar

O homem é um ser social e precisa do outro para sobreviver, um dos primeiros grupos que o ser humano está inserido é a família.

De acordo com Martins, Silva e Strieder (2020) a família é um conjunto de pessoas que vivem em um lugar e que são unidas ou não por laços consanguíneos e tem como objetivo a proteção e o cuidado com os seus membros. Para o paciente que foi diagnosticado com uma neoplasia, ela serve como uma base de suporte emocional. Passa a ser uma pilastra para o enfrentamento da enfermidade, fazendo com que o paciente desenvolva mais confiança em relação ao tratamento e à reabilitação.

Ao ser diagnosticado com neoplasia, paciente e família carregam um medo da perda, uma vez que o diagnóstico ainda está atrelado a sentença de morte. Quando uma dessas pessoas que constituem a família adoece há uma mudança na dinâmica familiar, seja uma mudança positiva ou negativa do ponto de vista relacional como podemos observar no depoimento de **Girassol** (64 anos): (...) “O adoecimento me trouxe uma coisa muito boa que foi o convívio com a família. Houve uma aproximação muito maior, que eu acho que deve ser muito difícil para quem não tem o apoio familiar. O convívio tá bom e ficou bem melhor, existe cobrança da minha filha para eu ter mais cuidado comigo”. Por isso, nas redes de apoio social ao paciente com câncer, a família se sobressai pela relação afetiva que mantém com o doente, participando de todas as vivências relacionadas a dúvidas, expectativas, esperanças e necessidades de reorganização cotidiana (Furtado, & Leite, 2017).

O paciente com neoplasia maligna, após o diagnóstico e durante o tratamento, sofre com alterações físicas e psicológicas e dessa maneira ele precisa de um suporte de segurança

para enfrentar a nova situação a qual está inserido, esse suporte de segurança é a família, como narra **Jasmim** (74anos): (...) “Eu acho que com o câncer aumentou mais a convivência e para melhor, porque eu e meus irmãos a gente é muito unidos, Somos água de beber, já éramos unidos e depois da doença ficamos muito mais unidos. A família voltou a uma realidade dela de tá tudo junto, de participar de ver os netos preocupados. Nosso convívio é tranquilo, elas se preocupam comigo. Ficam o tempo todo me acompanhando. Eu acho que com a doença isso só reafirmou”. Percebe-se que essa (convivência para melhor) elucidada pelo paciente relaciona-se fortemente com a união e com a participação dos familiares em todo o contexto do processo de adoecer.

Para Silva e Gaspodini (2021) o vínculo familiar pode ser determinante na estratégia de adesão e qualidade dos cuidados ao paciente com câncer, desta maneira resultados positivos também podem surgir quando o paciente conta com o apoio familiar durante o processo de tratamento. Observa-se na presente pesquisa que para o paciente e a família, a descoberta do câncer embora cause fortalecimento afetivo também desencadeia sentimentos de medo e insegurança causando instabilidade emocional, como verificado nos depoimentos de **Lótus** (58 anos): (...)” a relação familiar ficou mais forte, embora mais triste, mais temeroso, mas bem mais forte”. O câncer é uma doença grave e que pode fragilizar substancialmente os vínculos anteriormente formados, porém, por outro lado, pode intensificar esses vínculos, tornando-os visíveis de uma nova perspectiva (Silva, Santos, & Cardoso, 2019).

Diante do exposto, observa-se na fala dos participantes a importância da família. Esta passa a ser uma base para o enfrentamento da enfermidade e para as futuras tomadas de decisões, fazendo com que o paciente desenvolva confiança no tratamento. Desta maneira o paciente que tem uma estrutura familiar fortalecida passa a se sentir mais motivado a iniciar seu tratamento (Martins et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados identificados nas experiências narradas pelos pacientes acometidos de câncer de pulmão e suas repercussões sobre a família, revelam a dificuldade enfrentada pela díade: paciente-família, onde ambos tiveram que ressignificar o atual modo de vida, sobretudo no que diz respeito ao cotidiano tido como "normal". A experiência com pacientes diagnosticados com câncer, mostra que esse diagnóstico ainda está associado a dor e ao sofrimento humano. Essa doença exige do paciente e da família um processo de readaptação à vida é preciso adaptar-se à nova realidade que está vivenciando. (Ressignificar a existência) Existem mudanças subjetivas e objetivas tais quais o modo de lidar com a doença. O diagnóstico e o tratamento para o câncer causam um estresse emocional difícil e muitas vezes transformador. O cuidado e a proximidade da família é um fator primordial de grande importância para que os pacientes possam seguir adiante e possam evoluir da melhor maneira possível. Identificamos nos depoimentos que o apoio familiar, em relação a assistência física e emocional foi muito importante aos pacientes acometidos por câncer de pulmão, pois contribuíram de uma maneira muito positiva no processo de enfrentamento e recuperação da doença. Observa-se que, mesmo com a evolução do tratamento do câncer e com a possibilidade das chances de cura dos pacientes acometidos, a maior parte dos participantes da pesquisa, ainda tem a visão de que o câncer está atrelado a morte, dor e sofrimento. Observa-se que antes dos pacientes adoecerem, as relações de afeto encontravam-se presentes nas relações entre o paciente e a família e com a revelação do diagnóstico os laços de afeto foram se intensificando cada vez mais. Os dados obtidos revelam que, para o paciente com neoplasia maligna estar diante da doença constituiu uma experiência difícil e dolorosa, em contrapartida observa-se que a maioria dos pacientes usam estratégias de enfrentamento relacionadas à família e a espiritualidade esses constituem um alicerce de apoio. Os resultados também apresentaram efeitos positivos em relação a interação familiar, como o cuidado mais acentuado, os

participantes também relataram que já mantinham um bom relacionamento familiar e que o adoecimento trouxe uma maior aproximação da família. Melhor comunicação, união e proximidade. Inclusive mesmo em tempo de distanciamento social por conta do momento atípico que estamos vivendo por conta da pandemia eles se comunicam via redes sociais principalmente pelo WhatsApp. Observa-se que é necessário trabalhos voltados para desmistificar a doença, ou seja, que tire o estigma de que a doença está atrelada à sentença de morte. Observa-se também que é necessário trabalhos voltados para o acompanhamento familiar, uma vez que a família também sente quando o seu parente adocece. De uma maneira geral também é importante a ação de trabalhos voltados para a prevenção do câncer de pulmão. A legislação antitabagismo e as campanhas psicoeducativas devem continuar e se acentuar principalmente no público jovem para a prevenção ao uso do tabaco. Desta maneira o estudo abre um olhar para a realização de novas pesquisas, tendo em vista o aumento de novos números de casos de pacientes com neoplasia maligna de pulmão e escassez de material atualizado que trate da temática abordada.

REFERÊNCIAS

- Araújo, L. H., Baldotto, C., Castro Jr, G. D., Katz, A., Ferreira, C. G., Mathias, C., ... & Martínez-Mesa, J. (2018). Câncer de pulmão no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(1), 55-64. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132018000100055&script=sci_arttext&tlng=pt
- Batista, D. R. R., Mattos, M., & Silva, S. F. (2015). Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5(3), 499-510. Recuperado de <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/15709>
- Benites, A. C., Neme, C. M. B., & Santos, M. A. D. (2017). Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(2), 269-279. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2017000200269&script=sci_arttext
- Borges, E. L., Franceschini, J., Costa, L. H. D., Fernandes, A. L. G., Jamnik, S., & Santoro, I. L. (2017). Sobrecarga do cuidador familiar: a sobrecarga de cuidar de pacientes com câncer de pulmão, de acordo com o estágio do câncer e a qualidade de vida do paciente. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43(1), 18-23. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132017000100018&script=sci_arttext&tlng=pt .
- Botega, J. N. (2012). *Reação à doença e à hospitalização*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. (2020). *Instituto Nacional do Câncer (INCA)*. Site oficial. Recuperado de <https://www.inca.gov.br/>
- Costa, E. P., Hoch, A. L., & de Oliveira, M. A. M. (2015). A vivência da família de pacientes hospitalizados com doença crônica: a perspectiva do principal cuidador. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 4(1), 39-55. Recuperado de <https://45.238.172.12/index.php/ries/article/view/333>

- Delalibera, M. B., A., & Leal, I. (2018). Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1105-1117. Recuperado de <https://scielosp.org/article/csc/2018.v23n4/1105-1117/>
- Furtado, M. E. M. F., & Leite, D. M. C. (2017). Cuidados paliativos sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. <https://www.scielosp.org/article/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622016.0582/pt/> .
- Gil, A.C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Heller, A. (2019). *Revoluciones en la vida cotidiana: 50 años después*. Ciudad de México: Siglo Veintiuno.
- Karkow, M. C., Girardon-Perlini, N. M. O., Stamm, B., Camponogara, S., Terra, M. G., & Viero, V. (2015). Experiência de famílias frente à revelação do diagnóstico de câncer em um de seus integrantes. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(3), 741-751. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1036>.
- Martins, C. J., Silva, B. R., & Strieder, C. P. (2020). Família e câncer, considerações acerca do diagnóstico, tratamento e terminalidade. *Salão de conhecimento Unijaí*, 6(6), 1-12. Recuperado de <https://200.17.87.109/index.php/salaoconhecimento/article/view/18379/17113> .
- Mattos, K., Blomert. H., Campos, A. C. B. F., & Silvério, M. R. (2016). Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. *Revista Psicologia e Saúde*. Recuperado de <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/481>.
- Menezes, R. R., Kameo, S. Y., Valença, S. T., Mocó, G. A. A., & Santos, J. J. M. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde e espiritualidade em pessoas com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 64(1), 9-17. Recuperado de <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/106>

- Minayo, M.C. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, S. M. C. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 01-12. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org/paper/Amostragem-e-satura%C3%A7%C3%A3o-em-pesquisa-qualitativa%3A-e-Minayo/13b7e132922d499678e7e74fcceb938aa7711f53?p2df>
- Miranda, S. L., Anjos, L. M., & Felipe, W. C. (2015). Espiritualidade, depressão e qualidade de vida no enfrentamento do câncer: estudo exploratório. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 35(3), 870-885. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2820/282042221017.pdf>
- Rocha, Z. (2000). *Os destinos da angústia na Psicanálise Freudiana*. São Paulo: Escuta.
- Silva, B. C. D. A., Santos, M. A., & Cardoso, O. E. A. (2019). Experiências de familiares de pacientes com câncer: revisitando a literatura. *Revista da SPAGESP*, 20 (1), 140-153. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7155482>
- Silva, C. V., & Gaspodini, I. B. (2021). A influência da participação familiar no tratamento do paciente oncológico. *Revista Ciência & Humanização do Hospital de Clínicas de Passo Fundo*, 1(1), 74-88. Recuperado de <https://www.rechhc.com.br/index.php/rechhc/article/view/8>
- Silva, M. F. M. D. L., Mutro, M. E., Regiani Conde, C., Sanches Marin, M. J., Meneguim, S., & Mazzetto, M. C. F. (2018). Ser cuidador de familiar com câncer. *Ciência y enfermería*, 24. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071795532018000100206&script=sci_arttext&lng=p

- Trindade, C.R.P., & Hahn, G.V. (2016). Apoio Social ao Doente Oncológico com base na Escala do Medical Outcomes Study. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 6(1),112-122.
Recuperado de <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/18770>.
- Ziguer, M. L. P. S, Bortoli, C. D. F. C., & Prates, L. A. (2016). Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. *Espaço para Saúde*, 17(1), 108-113.
Recuperado de <http://168.194.69.20/index.php/espacosaude/article/view/374>

4.2 Oficina de sensibilização

PROPOSTA DE OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO “O AUTOUIDADO E O CÂNCER DE PULMÃO”

I. Apresentação

O produto educacional apresentado faz parte integrante da dissertação de mestrado intitulada “O Câncer de pulmão e sua repercussão sobre o paciente e a família, apresentada ao programa de Pós Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde, da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.

II. Dados do produto educacional

Oficina: O AUTOUIDADO FRENTE AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO

Carga Horária: 02 Horas

Público-alvo: Pacientes acometidos de Câncer de pulmão e seus familiares

III. Justificativa

A presente oficina de sensibilização apresenta-se como um espaço para possibilitar o trabalho de questões voltadas para o autocuidado do paciente acometido com câncer de pulmão, bem como o cuidado dos seus familiares, visto que a doença tem repercussões importantes sobre o doente e a sua família evidenciada nos resultados da pesquisa de mestrado “O câncer de pulmão e suas repercussões sobre o paciente e a família”.

IV. Objetivo Geral

Refletir acerca da importância e da relevância do autocuidado e do cuidado com o outro frente ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de pulmão.

4.1 Objetivos Específicos

- Integrar os participantes e familiares;
- Estabelecer as diferenças em autocuidado e cuidado do outro;
- Possibilitar a troca de experiências sobre a vivência da doença;
- Possibilitar a troca da experiência frente ao processo de adoecer e a importância do cuidado.

V. Metodologia

A oficina tem duração de 02 horas e pode ser realizada a partir de rodas de conversa e de exposição dialogada com os participantes e com os familiares. Sugere-se que a oficina seja realizada em uma sala ampla com espaço para dinâmicas de grupo e formação de grupos. Poderão também ser utilizados textos para reflexão, produção de cartazes, narrativas das experiências sobre o processo de adoecer.

VI. Recursos materiais utilizados

Textos impressos, Lápis de cor, equipamento de som, crachá para identificação, cartolina, cola, tesoura, papel laminado e gravura (fotocopia)

VII. Plano de trabalho da oficina

- Acolhimento inicial com apresentação do facilitador e dos demais integrantes do grupo;
- Estabelecimento de contrato (preservação do sigilo sobre as trocas de experiências, conclusão das atividades propostas no tempo determinado);
- Regras quanto ao uso de aparelhos eletrônicos como celular;
- Aplicação da dinâmica de grupo (Catadores de estrela);
- Aplicação da dinâmica de grupo (Como percebo a realidade).

7.1 Dinâmica de grupo: Catadores de estrela

Objetivo: Apresentação, integração, sensibilização, motivação para busca do sonho, conhecimento de si e do outro.

Número de pessoas - 10 a 20 pessoas

Tempo aproximado: 40 minutos

Fase do grupo: Inclusão

7.1.2. Material:

1. Recortes de imagens de revistas refletindo o sonho;
2. Estrelas recortadas em papel laminado;
3. Músicas selecionadas previamente sobre sonhos e estrelas

7.1.3. Descrição:

- O facilitador faz uma breve explanação sobre o objetivo do trabalho, que é a busca do sonho e a luta que enfrentamos ou iremos enfrentar, para torna-los realidade;
- Com um fundo musical, apresenta as estrelas com as imagens viradas para baixo, no chão ou parede;
- Solicita a participação de todos, pedindo para desvirarem as estrelas, lhe dando o brilho necessário ao som da música estrela guia com a cantora Sandy;
- Em seguida pede que cada uma escolha seu sonho (Estrela) e reflita sobre as imagens apresentadas;
- Abrir para socialização (este é meu sonho. O que eu preciso para torna-lo realidade?).

7.2 Dinâmica: Como percebo a realidade?

Objetivo: Perceber que a realidade possui vários ângulos

7.2.1. Material:

1. Fotocópia (com desenho abaixo).



7.2.2. Descrição:

- Distribuir entre os participantes cópias fotocopiadas;
- Pedir a cada um que observe o desenho e diga o que está vendo;
- Dividir o grupo em dois: de um lado aqueles que veem a moça, de outro aqueles que veem a velha;
- Pedir a cada grupo que escolha alguém para defender a imagem que o grupo percebeu;
- Deixar que cada um tente convencer o outro de que a imagem que está vendo é a real;
- Após alguns instantes, orientar para que voltem ao grupão;
- Orientar o grupo para que todos percebam as duas imagens (Moça e velha);
- Discutir à importância de perceber a realidade sob vários ângulos e que para perceber o que o outro defende tem de se olhar do ponto de vista dele; isto não significa abrir mão daqui que acredito, apenas que posso compreender um ponto de vista diferente do meu.

7.2.3. Comentários:

Esta dinâmica pode ser utilizada como aprofundamento. Ela auxilia na reflexão e sensibilização antes da discussão de algum tema que envolva a percepção de vários pontos de vista (Valores).

VIII. Resultados esperados

- Criar uma proposta onde pacientes e os familiares possam vivenciar experiências diversas sobre o processo a qual estão passando, visando o aprofundamento pessoal e do grupo em relação ao cuidado de si e do outro.
- Desenvolver nos participantes e nos familiares uma postura otimista ativa em relação ao tratamento e ao momento ao qual todos estão passando. Uma vez que todos estão passando pelas mesmas dificuldades. Levando em consideração uma das perspectivas em psicologia da saúde que é o contexto psicológico, onde a mensagem central da psicologia da saúde é de que a díade saúde e doença estão sujeitas a influencias psicológicas.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados analisados no presente estudo revelam as trajetórias enfrentada pelos pacientes durante o processo de adoecer assim como as implicações na família. A análise das narrativas possibilitou a observação das alterações da vida social e individual dos participantes e também suas relações familiares após o adoecimento, ressaltando também a necessidade de adaptação.

A concepção de que a doença está atrelada a dor e sofrimento é observada no discurso dos dez participantes. No imaginário de algumas pessoas a neoplasia ainda possui uma relação com a morte. O diagnóstico da doença oncológica leva ao paciente uma gama de implicações físicas, emocionais e afetivas. Podemos constatar que o medo da doença e do desconhecido, a certeza da incerteza é algo que permeia os pacientes. Paralelo a esses comportamentos e compreendendo os entrevistados na sua integralidade, deparamos com suas questões espirituais e religiosas e dos dez participantes nove possuíam convicções religiosas e expressaram e vivenciaram sua fé. Essas estratégias auxiliam no enfrentamento da doença. Observa-se que, em todos os participantes a compreensão dos vínculos familiares passou a ser ressignificada e mais fortalecida, à medida que o sofrimento se fez presente. O resultado desse estudo indica que as repercussões frente ao diagnóstico de câncer de pulmão afetam o paciente e sua família sobretudo no que diz respeito a angústia, o medo e a insegurança.

Em contrapartida, a espiritualidade, e o vínculo familiar podem aparecer extremamente importante para o enfrentamento da neoplasia. A qualidade de vida associada a hábitos saudáveis, são aspectos que suma importância. Observa-se que os entrevistados de uma

maneira ativa ou passiva, faziam uso de cigarro e o tabagismo é um dos fatores de risco para o câncer de pulmão. Trabalhos voltados para a conscientização de hábitos saudáveis levando em conta o estilo de vida da população, se fazem necessárias dando ênfase a preservação e manutenção e prevenção de doenças, hábitos comuns podem ser adotados tais quais: Evitar o tabagismo, ativo ou passivo, evitar o consumo de alimentos ultra processados. Adotar a pratica de exercícios físicos, dormir bem, evitar o estresse e buscar por apoio psicológico. Levando em consideração a narrativa dos participantes sobre a vida antes durante e após o processo de adoecer, é de suma importância que a psicologia da Saúde realize intervenções e estudos voltados para a promoção, prevenção e tratamento da saúde da população, objetivando melhoria na qualidade de vida do ser humano. A psicologia da saúde é um subcampo da psicologia que diz respeito ao aprimoramento da saúde e a prevenção e tratamento da doença por meio de princípios psicológicos básicos esse subcampo da psicologia visa compreender, através de intervenções psicológicas como é possível contribuir para a melhoria do bem estar do ser humano.

Por fim espera-se contribuir, a partir dessa pesquisa, para o desenvolvimento de novos estudos sobre as repercussões do câncer de pulmão no paciente e na família. Visando a contribuição para o enfrentamento da doença e melhor adesão ao tratamento.

VI. REFERÊNCIAS

1. Melo CB, Barros MN, Campello EVA, Ferreira CMQL, Rocha LLC, Silva LMG, Camille I, Nelse TFS. O funcionamento familiar do paciente com câncer. *Psicologia em Revista*. 2012;18(1):78-89. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100007&lng=pt&nrm=iso
2. Brasil. Instituto Nacional do Câncer (INCA). 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/640>
3. Silva NBNC, Oliveira FBM, Santos JFC, Silva RR, Castro RDP, Silva LWPP, Silva AKB. Tabagismo como fator de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;1(19):1-9. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/313>
4. Gross L. Características emocionais de mulheres com Câncer de mama: um estudo com o Pfister. [Monografia]. Passo Fundo: Faculdade Meridional - IMED, Disponível em: <https://www.imed.edu.br/Uploads/LIDIANE%20GROSS.pdf> .
5. Carvalho AA, Costa AC, Miranda CSS, Silva CO, Fonseca DJR, Farias JG, Lima PR. Percepção da doença e o recebimento do diagnóstico de câncer: relato de caso. *Saúde em Revista*. 2019;20(52):23-33. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/438201>
6. Silva AB, Silva HVC, Barros EN. Repercussões emocionais em pacientes em seguimento oncológico: ansiedade, depressão e qualidade de vida. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(3):1-8. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6586>
7. Bucher-Maluschke JSNF, Fialho RBM, Pedroso JS, Coelho JA, Ramalho JAM. Dinâmica familiar no contexto do paciente oncológico. *Revista do NUFEN*. 2014;6(1), 87-108. Disponível em: [://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912014000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912014000100005&lng=pt&tlng=pt).
8. Costa EP, Hoch AL, Oliveira MAM. A vivência da família de pacientes hospitalizados com doença crônica: a perspectiva do principal cuidador. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*. 2015;4(1):39-55. Disponível em: <https://45.238.172.12/index.php/ries/article/view/333>
9. Brasil. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Bases do tratamento. 2020. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap7.pdf>
10. Kuble RE. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para dizer a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. São Paulo: Martins Fonte; 1998.
11. Angerami, VAC. *Psicossomática e a psicologia da dor*. Rio de Janeiro: Pioneira; 2001.
12. Botega JN. *Reação à doença e à hospitalização. Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
13. Ismael SMC, Santos JXA. *Psicologia Hospitalar: Sobre o adoecimento, articulando conceitos com a prática clínica*. São Paulo: Atheneu; 2003.

14. Andrade CG, Costa SFG, Lopes MEL, Oliveira RC, Nóbrega MML, Abrão FMS. Comunicação de notícias difíceis para pacientes sem possibilidade de cura e familiares: atuação do enfermeiro. *Revista enfermagem uerj*. 2014;22(5):674-679. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5748>
15. Prado, D. O que é família? Brasília: Primeiros passos; 2017.
16. Coelho SP, Simões SC, Mello RA, Capelas MS. Papel da terapia sistêmica familiar no paciente oncológico terminal: Revisão integrativa. *Patient Care*. 2018;1(1):36-42. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326942799_Papel_da_terapia_sistemica_familiar_no_paciente_oncologico_terminal_revisao_integrativa
17. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
18. Gil, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2008.
19. Alex SRS et al. Org. Manual do pesquisador instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Pós-graduação Stricto Sensu do IMIP. 2013;1–278. Disponível em: <https://docplayer.com.br/33292373-Manual-do-pesquisador-instituto-de-medicina-integral-prof-fernando-figueira.html>
20. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qualit*. 2017;5(7):01-12.
21. Almeida RA, Malagris LEN. A prática da psicologia da saúde. *Rev. SBPH*. 2011;14(2):183-202. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt.
22. Pio ES, Mello AMC. Psico-oncologia: A atuação do Psicólogo junto aos familiares e ao paciente oncológico. *Revista Mosaico*. 2015;11(1):93-99. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2259>
23. Trindade CRP, Hahn GV. Apoio Social ao Doente Oncológico com base na Escala do Medical Outcomes Study. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2016;6(1),112-122.
24. Martins CJ, Silva BR, Strieder CP. Família e câncer, considerações acerca do diagnóstico, tratamento e terminalidade. 2020;6(6):1-6. Disponível em: <https://200.17.87.109/index.php/salaoconhecimento/article/view/18379/17113> .
25. Baldotto CS, Julian GS, Mascarenhas E, Laloni MT, Azevedo CR, Kashiura D, Oliveira AP. Padrões de tratamento, uso de recursos e custo do câncer de pulmão de não pequenas células avançado em instituições brasileiras privadas. *J Bras Econ Saúde*. 2018;10(2):86-106. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-914919> .
26. Silva CV, Gaspodini IB. A influência da participação familiar no tratamento do paciente oncológico. *Revista Ciência & Humanização do Hospital de Clínicas de Passo Fundo*. 2016;24(2):74-88. Disponível em: <https://www.rechhc.com.br/index.php/rechhc/article/view/8>
27. Geovanini F, Braz M. Conflitos éticos na comunicação de más notícias em oncologia. *Revista Bioética*. 2013;21(3):455-462. Disponível em: http://bio-neuro-psicologia.usuarios.rdc.puc-rio.br/assets/02b_bioetica_comunica%C3%A7%C3%A3o_de_mas_noticias.pdf
28. Brasil. Instituto Oncoguia. São Paulo; 2020. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-cancer-de-pulmao/1577/196/>

29. Santos, JPJ. Religião e Espiritualidade de Pacientes Internados em uma Clínica Médica in Totum. Periódico de Cadernos de Resumos e Anais da Faculdade Unida de Vitória. 2020;4(2):55-58. Disponível em: <http://revista.faculdadeunida.com.br/index.php/intotum/article/view/1721>
30. Benites AC, Neme CMB, Santos MAD. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. Estudos de Psicologia (Campinas). 2017;34(2):269-279. Disponível em: https://www.lareferencia.info/vufind/Record/BR_200f102f23ca41be249d22a72275cd11
31. Cardoso EAO, Garcia JT, Mota MGM, Lotério LS, Santos MA. Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. Rev. SPAGES.2018;19(2):110-122. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200009&lng=es.
32. Nascimento VN, Faria GLMKDG. Tabagismo na juventude: uma revisão bibliográfica. 2021;26(1):1-6. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/6693>

VII. APÊNDICES

Apêndice A: Carta de anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitamos as pesquisadoras: Dra. Thálita Cavalcanti Menezes da Silva e Odaléa Inácia Alves Brandão, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "O câncer de pulmão e suas repercussões sobre o paciente e a família", cujo objetivo é analisar as repercussões do adoecimento e do diagnóstico de câncer de pulmão sobre o paciente e a relação familiar visando compreender as implicações em relação ao convívio e interações familiares.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento das pesquisadoras aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, e as diretrizes do Instituto de Ensino e Pesquisa Alberto Ferreira Costa, comprometendo-se as mesmas a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados as pesquisadoras deverão apresentar a esta Instituição o parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 22 de junho de 2020

CRISTIANO HECKSHER
Médico / Técnico
CRM: 11054

Dr. Cristiano Hecksher

Diretor Médico Técnico / RHP

Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROJETO DE PESQUISA: O CÂNCER DE PULMÃO E SUAS REPERCUSSÕES SOBRE O PACIENTE E A FAMÍLIA

O Senhor (a) está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa que consiste em analisar as repercussões do adoecimento e do diagnóstico de câncer de pulmão sobre o paciente e a relação familiar, visando compreender as implicações em relação ao convívio e interações familiares. O estudo será realizado no Real Instituto de Oncologia do Real Hospital Português de Beneficência em PE com o tempo de duração de 40 minutos para aplicação da entrevista individual. Os resultados do estudo poderão ser apresentados através da publicação de um artigo, mas que terá total sigilo e anonimato dos participantes. Poderá também com esse estudo ser elaborada uma oficina para os pacientes e familiares com a possibilidade de oferecer aos mesmos esclarecimentos sobre a doença implicações e relações familiares. Para que possamos iniciar essa pesquisa se faz necessário sua autorização neste termo de consentimento.

Você tem a garantia do sigilo das informações e a de poder desistir ou se recusar a participar do projeto a qualquer tempo. E que este fato não comprometerá seu tratamento. Em caso de algum evento adverso que possa existir durante a realização da entrevista, a(s) pesquisador(as) responsáveis pelo estudo promoverão seu cuidado. A sua participação na pesquisa implica em responder a uma entrevista individual com duração de 40 minutos em um local apropriado, isto é, em um recinto privado do próprio hospital reservado para essa situação. Serão realizadas algumas perguntas disparadoras a fim de que você possa responder a partir do que foi perguntado. Para que possamos analisar posteriormente o conteúdo da entrevista solicitamos que a mesma seja áudio gravada, e que você ofereça seu consentimento a partir da sua assinatura no TCLE.

Desconfortos Riscos e Benefícios: Entrar em contato com questões pessoais pode causar constrangimento ou irritabilidade ao participante. Com o objetivo de minimizar qualquer desconforto, a coleta acontecerá de acordo com a conveniência e disponibilidade do participante podendo ser cancelada a qualquer momento. Caso aconteça algum desconforto relacionados ao conteúdo da pesquisa, o participante receberá o apoio e o suporte emocional da pesquisadora. Como benefício, os resultados desta pesquisa serão fornecidos à comunidade científica acerca

da temática pesquisada através da construção de um artigo a ser publicado em uma revista indexada com Qualis/CAPES A1.

Declaração de conflitos de interesse:

Não existem conflitos de interesse nesse estudo, haja vista que não haverá promoção e ou benefício à pesquisadora por estar realizando este tipo de pesquisa no seu próprio local de trabalho. Assim como não existem aspectos que envolvam interesses pessoais, religiosos ou assistenciais.

Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa e garantia de sigilo: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios para você.

As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

Declaração do participante

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora **Dra. Thálita Cavalcanti Menezes da Silva**, certifica de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação. Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelas pesquisadoras responsáveis: **Dra. Thálita Cavalcanti Menezes da Silva e Odaléa Inácia Alves Brandão**. Através dos telefones: (81) 98852.1410 e (81) 99903-3226. Ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira-Recife-PE CEP: 51150-000 CONTATO: (81) 3312.7755 e-mail: comite.etica@fps.edu.br. De segunda a sexta - 8h30 às 11h30 | 14h às 16h30. O Comitê

de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Contato da(s) responsável(eis) que ficarão disponíveis para tirar suas dúvidas:

Nome: Odaléa Inácia Alves Brandão - Mestranda

Telefone: (81) 9903-3226

E-mail: odaleabrandao@hotmail.com

Endereço: Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco – Setor Ambulatório Maria Fernanda – (AMF). Nos dias de segunda à sexta-feira, das 07:00h às 17:00h.

Nome: Thálita Cavalcanti Menezes da Silva - Orientadora

Telefone: (81) 33127755

E-mail: thalita.menezes@fps.edu.br

Endereço: Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Nos dias de Segunda e Quinta, das 7h às 12h.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Tendo recebido estas informações, e compreendendo de forma clara o projeto e procedimento.

Eu, _____ autorizo a minha inclusão no projeto acima descrito.

Assinatura do participante: _____

Data:/...../.....

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Data:/...../.....

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Data:/...../.....

Assinatura de testemunha: _____

Data:/...../.....

Apêndice C: Termo de confidencialidade

Termo de Confidencialidade

(Elaboração de acordo com a Resolução 510/2016-CNS/CONEP)

Em referência à pesquisa intitulada O câncer de pulmão e suas repercussões sobre o paciente e a família, nós, Thálita Menezes Cavalcanti, junto à minha equipe, composta por Odaléa Inácia Alves Brandão, comprometemo-nos a manter em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa, usando apenas para divulgação os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Comprometemo-nos, também, com a destruição de gravações, questionários, formulários e outros.

Recife, data: ____/____/____

Thálita Menezes Cavalcanti

Odaléa Inácia Alves Brandão

Apêndice D: Questionário sociodemográfico

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

O CÂNCER DE PULMÃO E SUAS REPERCUSSÕES SOBRE O PACIENTE E A
FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Código no do formulário _____|_____ Data de aplicação: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo do participante: _____

Endereço: _____

Pessoas com as quais residem:

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Religião _____

Escolaridade _____ Profissão _____

Renda familiar em salários mínimos: _____

Tempo de diagnóstico: _____

Tempo de tratamento: _____

Apêndice E: Roteiro de entrevista**O CÂNCER DE PULMÃO E SUAS REPERCUSSÕES SOBRE O PACIENTE E A
FAMÍLIA****ENTREVISTA**

Código nº do formulário _____|_____ Data de aplicação: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo do participante: _____

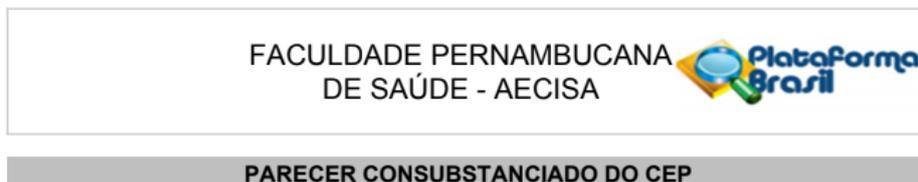
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ RG: _____

PERGUNTAS NORTEADORAS

1. Fale-me sobre sua vida antes de receber o diagnóstico de câncer.
2. Como você se sentiu ao receber o diagnóstico da doença oncológica?
3. Como você lida com o adoecimento?
4. O seu adoecimento afetou a vida da sua família?
5. Após o adoecimento e diagnóstico de câncer como ficou a relação e o convívio familiar?
6. Você gostaria de falar sobre mais algum aspecto que não foi abordado na entrevista?

VIII. ANEXOS

Anexo A: parecer do comitê de ética



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 4.171.234

DADOS DO PARECER

Projeto de pesquisa do programa de Mestrado em Psicologia da Saúde da FPS. Pesquisa de campo,

qualitativa, buscará entrevistar 10 pacientes com câncer de pulmão acompanhados pelo serviço de

oncologia do RHP para avaliar as repercussões na vida do paciente e de sua família.

Apresentação do Projeto:

Objetivo geral

Analisar as repercussões do adoecimento e do diagnóstico de câncer de pulmão sobre o paciente e a

relação familiar, visando compreender as implicações em relação ao convívio e interações familiares.

Objetivos Específicos

- Descrever a vida antes de receber o diagnóstico de câncer
- Identificar os sentimentos dos pacientes durante o período de tratamento da doença. - Identificar e analisar como o paciente lida com o adoecimento
- Descrever as mudanças na dinâmica familiar a partir do diagnóstico de câncer em um de seus membros.
- Caracterizar as mudanças em relação ao convívio, interações e soluções de conflitos ocorridas após o diagnóstico de câncer.

Endereço: Av. Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

UF: PE **Município:** RECIFE **E-mail:** comite.etica@fps.edu.br

Telefone: (81) 3312-7755

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios adequadamente apresentados tanto no projeto quanto no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e adequadamente apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE. OK

Cronograma. OK.

Orçamento. OK

Carta de anuência. Apresentada com o nome da pesquisadora responsável, atendendo às solicitações do

CEP.

Folha de Rosto. OK

Currículos dos pesquisadores. OK

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar relatórios parciais e ao final do estudo por meio de notificação via plataforma Brasil

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1518262.pdf	01/07/2020 12:15:50		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_ALTERACOES.pdf	01/07/2020 12:12:45	Thálita Cavalcanti Menezes da Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	01/07/2020 12:12:14	Thálita Cavalcanti Menezes da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	01/07/2020 12:06:52	Thálita Cavalcanti Menezes da Silva	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_ATUALIZADA.pdf	01/07/2020 11:53:24	Thálita Cavalcanti Menezes da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/06/2020 00:22:25	Thálita Cavalcanti Menezes da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	03/03/2020	Thálita Cavalcanti	Aceito

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADA.pdf	10:24:07	Menezes da Silva	Aceito
Outros	DADOS_SOCIO_DEMOGRAFICOS.pdf	28/02/2020 18:48:51	Thálita Cavalcanti Menezes da Silva	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.pdf	28/02/2020 18:47:44	Thálita Cavalcanti Menezes da Silva	Aceito
Outros	CURRICULO_ODALEA.pdf	28/02/2020 18:46:14	Thálita Cavalcanti Menezes da Silva	Aceito
Outros	CURRICULO_THALITA.pdf	28/02/2020 18:45:54	Thálita Cavalcanti Menezes da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	28/02/2020 18:45:21	Thálita Cavalcanti Menezes da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Recife, 23 de julho de 2020

**Assinado por:
Ariani Impieri de Souza
(Coordenadora (a))**

Anexo B: normas da revista para submissão do artigo

Arquivos Brasileiros de Psicologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Condições para submissão

Artigos contendo relatos de pesquisa com dados empíricos

Investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica: máximo de 50.000 caracteres com espaços, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências.

Artigos com reflexões teóricas

Análise de construtos teóricos e reflexões relativas a assuntos de interesse para o desenvolvimento e avanço da Psicologia e áreas afins: máximo de 50.000 caracteres com espaços.

Relatos de experiência profissional

Artigo com descrição de experiência individual ou coletiva de proposta de intervenção pontual ou estudo de caso, contendo descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, análise de implicações conceituais, explicitando o contraponto teoria/prática e indicando com precisão as condições de realização da experiência relatada, contendo evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia e de interesse para a atuação de psicólogos em diferentes áreas: máximo de 16.000 caracteres com espaços.

Resenhas de livro

Apresentação e análise crítica de livros relevantes para a psicologia e áreas afins, nacionais ou estrangeiros, regularmente publicados no mercado editorial nos últimos dois anos. Não são necessários resumo e palavras-chave: máximo de 16.000 caracteres com espaços.

Seção aberta

A Seção Aberta publica relatos de pesquisas ou trabalhos apresentados em reuniões científicas ou eventos culturais (p.e., conferências nacionais e internacionais); entrevistas; artigos internacionais, já publicados no exterior, mas inéditos no Brasil.

PROCEDIMENTOS PARA SUBMISSÃO E AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos, desde que de acordo com as normas para publicação, descritas abaixo, serão encaminhados a dois consultores ad hoc ou membros do Conselho Editorial para avaliação cega. Dois pareceres favoráveis indicarão a aceitação final para publicação. Em caso de pareceres contraditórios, um terceiro parecer será solicitado.

Os manuscritos a serem avaliados visando publicação devem ser submetidos exclusivamente via internet:

<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/arbpm>

O primeiro passo é cadastrar-se como autor no mesmo endereço. Em caso de artigos com múltipla autoria, os nomes de todos os autores deverão constar no metadados da submissão, obrigatoriamente. O cadastramento dos autores deve responder à ordem de autoria: a ordem que figura na submissão será respeitada na publicação, em caso de aceitação do artigo. Para incluir mais de um autor, clicar em “incluir autor” e o campo ficará disponível para preenchimento.

Todo e qualquer texto encaminhado à Revista deve ser acompanhado de carta assinada **por todos os autores**, onde esteja explicitada a intenção de submissão ou nova submissão do trabalho para publicação e a declaração de responsabilidade pelos aspectos éticos e a autoria do trabalho. Igualmente, deverá constar que o trabalho não foi apresentado, na íntegra, em outro veículo de informação, nem está em avaliação por outro periódico. Essa carta deve conter, ainda, autorização para reformulação de linguagem, se necessária para atender aos padrões da Revista. Os autores devem revelar eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa. De maneira semelhante, os autores devem revelar todas as fontes de financiamento envolvidas no trabalho. Devem garantir também que respeitaram a privacidade e o anonimato das pessoas envolvidas. Todos os documentos complementares devem ser anexados pelo sistema eletrônico de editoração, em arquivo de imagem ou de texto.

Artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos e/ou referentes a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) deverão ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem ou outro credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde, de acordo com o que prevê a Resolução 466/12 do referido Conselho. Em textos contendo dados de casos clínicos, é preciso que se obtenha um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esses documentos devem ser anexados no campo “incluir documento suplementar” do metadados.

Este periódico obedece ao sistema de avaliação por pares (*double blind review*), processo que preserva a identidade dos autores e consultores. Os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito.

Os textos submetidos serão inicialmente apreciados pela Comissão Editorial. No caso de não se adequarem às normas ou ao escopo do periódico serão excluídos do sistema e seus autores informados. Caso contrário, serão encaminhadas para avaliação pelos pares, de acordo com o seguinte procedimento:

1. Encaminhamento para emissão de parecer a dois consultores ad hoc ou a dois membros do Conselho Editorial da revista.
2. Recepção dos pareceres, com recomendação para aceitação (com ou sem modificações) ou recusa. No caso de recomendação com modificações, os autores serão notificados das sugestões com a maior brevidade possível (os pareceres serão disponibilizados para os autores,

preservadas as identidades dos consultores).

3. As modificações realizadas pelos autores deverão constar nos manuscritos reformulados em cor diferente ou negrito.

4. Os manuscritos reformulados serão examinados pela Comissão Editorial que decidirá, com base nas recomendações dos consultores, pela aceitação para publicação, pela necessidade de reformulações adicionais ou pela recusa do manuscrito para publicação. Em caso de aceitação para publicação, a Comissão Editorial reserva-se o direito de introduzir pequenas alterações para efeito de padronização conforme os parâmetros editoriais da revista.

5. A decisão final acerca da publicação ou não do manuscrito é sempre da Comissão Editorial.

6. A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos é daqueles que o escrevem.

ASPECTOS A RESPEITAR NO TEXTO SUBMETIDO

Os manuscritos poderão ser escritos em português (Brasil), espanhol, francês ou inglês e conter resumos em português (Brasil), inglês e espanhol; no caso de trabalhos em francês, incluirão igualmente resumo nessa língua. Os textos deverão respeitar as normas editoriais estabelecidas por este periódico, adaptadas da 5ª edição do *Publication Manual da American Psychological Association* (APA), de 2001 (www.apastyle.org):

- Formato Microsoft Word 97/2000/XP (.doc) ou OpenOffice.org 1.0 Text Document (.sxw);
- Extensão: 16.800 caracteres a 50.000 caracteres com espaços, de acordo com a categoria do artigo;
- Fonte Times New Roman, corpo 12, espaçamento entrelinhas de 1,5, margem mínima de 2,0 em todos os lados, justificado;
- Tabelas, gráficos e imagens (em formato JPEG) devem constar no corpo do texto, logo abaixo da referência feita (ex: de acordo com a Tabela 1 podemos afirmar que ...), não excedendo o limite máximo de 1Mb por imagem.
- No arquivo de texto, a primeira página deve apresentar a seguinte sequência: título em português (Brasil), resumo, palavras-chave, título em inglês, abstract, keywords, título em espanhol, resumen e palabras clave. Em uma nova página, o texto a ser avaliado.
- Título em português (Brasil) em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta); Título em inglês em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta); Título em espanhol em negrito, com até 10 palavras, com apenas a primeira letra capsulada (caixa alta);
- Resumo em português (Brasil) (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);
- Resumo em inglês (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);
- Resumo em espanhol (mínimo de 700 caracteres com espaços e máximo de 1000 caracteres com espaços);

- Palavras-chave em português (Brasil): de três a cinco separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada palavra deve estar em caixa alta; Palavras-chave em inglês (Keywords): de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada palavra deve estar em caixa alta; Palavras-chave em espanhol (Palabras clave): de três a cinco, separadas por ponto-e-vírgula. A primeira letra de cada palavra deve estar em caixa alta;
- Preenchimento obrigatório e completo dos “metadados da submissão”, em português (Brasil), inglês e espanhol. Para selecionar o metadados em inglês e espanhol, clicar o idioma escolhido no canto superior direito da página de **Arquivos Brasileiros de Psicologia**.
- os tópicos, no corpo do texto, devem vir sempre em negrito e os subtópicos sem negrito. Em ambos, apenas a primeira letra deve vir em caixa alta (maiúscula). Não deverá haver nenhum tipo de numeração/marcação para os tópicos e subtópicos.
- Indicar obrigatoriamente, nos metadados, ‘área do conhecimento acadêmico’, palavras-chave e agências de financiamento, se houver.
- No corpo do texto, o itálico deve ser usado apenas para palavras estrangeiras e o negrito para destaque de palavras e títulos de livros, artigos ou textos citados.

Notas (se houver)

Por se tratar de uma revista eletrônica, o recurso “nota de rodapé” do Word só deve ser utilizado em casos relevantes que não caibam na sequência lógica do texto. Serão arroladas em rodapé, numeradas.

Citações

As **remissões bibliográficas** sem a citação literal devem ser incorporadas ao texto, entre parênteses, seguindo o padrão:

- Até dois autores, sobrenome(s) e ano de publicação em todas as citações;
Ex: Dor (1991) ou Ansermet e Borie (2007), (Dor, 1991, p. 35) ou (Dor, 1991, pp.35-37) ou (Ansermet & Borie, 2007, p. 154).

- De três a cinco autores, o sobrenome dos autores é citado na primeira inserção e, da segunda vez em diante, somente o do primeiro autor seguido de "et al." e ano de publicação;

Ex: 1^a citação
Alves Filho, Cerra, Maia, Sacomano Neto e Bonadio (2004)
(Alves Filho, Cerra, Maia, Sacomano Neto, & Bonadio, 2004)

Citações subsequentes

Alves Filho et al. (2004) (Alves Filho et al., 2004)

Nas referências: Alves Filho, A. G., Cerra, A. L., Maia, J. L., Sacomano Neto, M., & Bonadio, P.V. G. (2004). Pressupostos do gerenciamento da cadeia de suprimentos: evidências de estudos sobre a indústria automobilística. *Gestão & Produção*, 11(3), 275-288.

- Com seis autores ou mais, o sobrenome do primeiro autor seguido de "et al." e ano, em todas as citações.

Ex: Costa et al. (2000)

Nas referências bibliográficas, todos os nomes são relacionados.

No caso de **citação literal**, o trecho deve aparecer entre aspas, com indicação, logo após a citação, da(s) página(s) de onde foi retirado. Trechos com mais de 40 palavras devem ser colocados em bloco separado, sem aspas, nem itálico, com recuo de cinco espaços com relação à margem esquerda.

Referências

Indicar as que constam no texto e somente estas.

As **Referências** deverão ser relacionadas alfabeticamente, imediatamente após o final do texto, pelos últimos sobrenomes dos autores e cronologicamente por autor, conforme normas da 5ª edição do Publication Manual da American Psychological Association (APA), de 2001.

Trabalhos com um único autor deverão vir antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Em caso de trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os coautores sejam diferentes, deverá ser assumida como critério a ordem alfabética dos sobrenomes dos coautores.

Trabalhos com os mesmos autores deverão ser ordenados por data, vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data: acrescentar uma letra minúscula após a data da obra consultada. Ex: (Freud, 1905/1996a), (Freud, 1908/1996b) ou Rogers (1973a), Rogers (1973b).

. Livros e obras tomados na íntegra:

Baudrillard, J. (2002). *A troca impossível*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Chauí, M. (1984). *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense.

Moura, M. L. S., & Correa, J. (1997). *Estudo psicológico do pensamento: de W. Wundt a uma Ciência da Cognição*. Rio de Janeiro: EDERJ.

Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.

Pasquali, L. (Org.). (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LapPam/IBAPP.

. Capítulos de coletâneas:

Frigotto, G. (1998). A educação e a formação técnico-profissional frente à globalização excludente e o desemprego estrutural. In L. H. Silva (Org.), *A escola cidadã no contexto da globalização* (pp. 218-238). Petropolis: Vozes.

Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (1995). Introduction to multivariate statistics. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Orgs.), *Reading and understanding multivariate statistics* (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.

. Artigos em periódicos científicos:

Mello, S. L. (1992). Classes populares, família e preconceito. *Psicologia USP*, 3, 123-130.

Andriola, W. B. & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12, 419-428.

. Artigo de revista científica paginado por fascículo: proceder de acordo com o indicado acima, e incluir o número do fascículo, entre parênteses, imediatamente após o número do volume.

. Obra antiga e reeditada em data posterior:

Primeiramente o ano de publicação original, seguido pelo ano da publicação consultada. Ex: Freud (1905/1996).

Nas referências:

Freud, S. (1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).

Piaget, J. (1973). *A linguagem e o pensamento da criança* (3a ed., M. Campos, Trad.). Rio de Janeiro: Fundo de Cultura. (Originalmente publicado em 1956)

Observação: no corpo do texto, a notação deve ser a seguinte: Piaget (1956/1973).

. Teses ou dissertações não publicadas

Cusatis Neto, R. (2007). Construção e validação da escala de estressores ocupacionais das linhas de produção. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 180pp.

. Autoria institucional:

American Psychological Association. (2001). *Publication manual* (5a ed.). Washington: Autor.

. Citações secundárias:

Quando for **absolutamente inevitável**, pode-se citar um texto contido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido consultado. Neste caso, deve-se citar na seção de Referências apenas a obra consultada e no corpo do texto, indicar autores e datas dos dois textos, conforme o exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996)".

. Material obtido da internet:

Associação de Moradores de Vila Real (2002). *Carta aberta à Prefeitura Municipal*. Disponível em <http://www.amvr.atas/cartaaberta.html>. Acesso em 25 de agosto de 2004.

Precisamos vencer a dengue agora (s/d). Disponível em <http://www.ansp.campanhas/saude/docs/>. Acesso em 12 de junho de 2005.

Candiotto, C. (2007). *Verdade e diferença no pensamento de Michel Foucault*. *Kriterion*, 48(115). Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 16 de janeiro de 2008, doi: 10.1590/S0100-512X 2007000100012.

Instituto Nacional de Câncer. (2003b). *Câncer no Brasil: dados dos registros de populacional*. Disponível em <http://www.inca.gov.br/regpop>. Acesso em 22 de fevereiro 2006.

VandenBos, G., Knapp, S. e Doe, J. (2001). Role of reference elements in the selection of resources by psychology undergraduates [Versão electrónica]. *Journal of Bibliographic*

Research, 5: 117-123. Disponível em <http://jbr.org/articles.html>. Acesso em 13 de Outubro de 2001.

Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia

Av. Pasteur, 250 - Pavilhão Nilton Campos, Praia Vermelha - Urca - CEP 22290-902 - Rio de Janeiro - RJ