

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KASSIANO CARLOS SINSKI

ITINERÁRIOS NO ADOECIMENTO PELO CÂNCER:
ENTRE MULHERES, HOMENS E CULTURAS

CHAPECÓ

2021

KASSIANO CARLOS SINISKI

**ITINERÁRIOS NO ADOECIMENTO PELO CÂNCER:
ENTRE MULHERES, HOMENS E CULTURAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Vander Monteiro da Conceição

CHAPECÓ

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS

Sinski, Kassiano Carlos

Itinerários no adoecimento pelo câncer: Entre mulheres, homens e culturas / Kassiano Carlos Sinski. -- 2021.

54 f.

Orientador: Doutor Vander Monteiro da Conceição

Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Chapecó, SC, 2021.

I. Conceição, Vander Monteiro da, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III Itinerários no adoecimento pelo câncer: Entre mulheres, homens e culturas.

KASSIANO CARLOS SINISKI

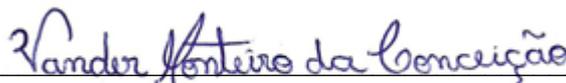
ITINERÁRIOS NO ADOECIMENTO PELO CÂNCER:

ENTRE MULHERES, HOMENS E CULTURAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Este trabalho de conclusão foi defendido e aprovado pela banca em: 19 / 05 / 2021 .

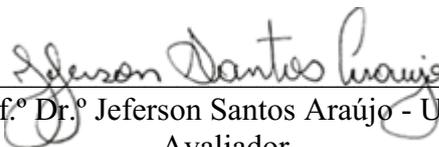
BANCA EXAMINADORA



Prof.º Dr.º Vander Monteiro da Conceição – UFFS
Orientador



Prof.ª Dr.ª Lucila Castanheira Nascimento – USP
Avaliadora



Prof.º Dr.º Jeferson Santos Araújo - UFFS
Avaliador

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a quem colaborou diretamente com o meu conhecimento e me auxiliou na construção deste TCC: ao meu orientador e amigo Professor Doutor Vander Monteiro da Conceição, o qual ampliou a minha visão sobre o tema.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e irmãs pelo incentivo aos estudos e amor em todos os momentos trilhados, que mesmo em situações difíceis de cansaço e desânimo me apoiaram incondicionalmente para que eu alcançasse meus objetivos, deixando assim, esta conjuntura mais tranquila e prazerosa.

Expresso meus agradecimentos aos meus amigos e orientador que tornaram a graduação mais fácil e feliz, e que desta forma fizeram parte da minha formação, saberes e que permanecerão presentes em minha vida com total certeza.

Destaco minha gratidão aos meus professores que sempre incentivaram e proporcionaram a busca pelo conhecimento neste processo de formação profissional, onde demonstraram que mesmo em pouco tempo de convívio e/ou suporte, puderam deixar a sua marca e os seus ensinamentos. Ressalto também meus agradecimentos a banca avaliadora pelas colaborações neste trabalho e a todos os demais que fizeram parte de minha vida acadêmica.

Por fim, a UFFS e aos indivíduos que a trouxeram para a região, pois assim, tornaram esta graduação possível e me proporcionaram a oportunidade de cursar um ensino superior de qualidade, ampliando meus conhecimentos e com um vislumbre de um futuro, ao qual quero seguir e trilhar.

Assim, expresso meu muito obrigado!

EPÍGRAFE

“O câncer irá me matar? Talvez. Mas durante um bom tempo ele vai ficar se perguntando, quantos mais iguais a este velho chato? Porque eu irei lutar” (JOSÉ DE ALENCAR).

RESUMO

O câncer tem ganhado cada vez mais destaque na saúde pública mundial, pois a cada nova estimativa os casos aumentam, isso está relacionado a uma população progressivamente mais exposta a fatores de risco por longos períodos. Assim, entender como os indivíduos vivenciam o adoecimento é fundamental para auxiliar na dinamicidade do cuidado em saúde. Esta pesquisa tem como objetivo, interpretar os itinerários terapêuticos vivenciados por mulheres e homens adoecidos pelo câncer. Estudo de metodologia qualitativa com o emprego do referencial teórico da Antropologia Médica, sendo desenvolvida na unidade de oncologia de um hospital público que é referência na região sul do Brasil. Foram entrevistados 63 pacientes utilizando-se a técnica de coleta de dados da entrevista em profundidade, e os dados foram analisados com a técnica de análise temática, esta que serviu de base para a construção das narrativas dos participantes. A partir da experiência dos 32 homens e 31 mulheres participantes, foi possível elaborar duas narrativas, sendo a primeira intitulada de “Experiências femininas no adoecimento: submissões no tratamento”, momento em que as mulheres relataram maior preocupação no cuidado à sua saúde, sendo parte do cuidado realizado com uso do conhecimento formal – saber médico – e outro o informal – senso comum. Enquanto, na segunda narrativa, “Poder x Doença: vivenciando a masculinidade no adoecimento pelo câncer”, os homens só buscaram auxílio quando houve o agravo da doença, ou seja, protelaram assumir-se adoecidos, pois isso é um comportamento vulnerabilizador de suas masculinidades. Sendo assim, o estudo dos itinerários terapêuticos de mulheres e homens propiciaram identificar a existência de comportamentos vulneráveis para ambos, porém em suas singularidades, onde as mulheres estavam mais vulneráveis na dimensão psicológica e social, enquanto os homens estavam vulneráveis por não se reconhecerem como tal. Ambas as experiências de gênero interferem na tomada de decisão para o cuidado em saúde, logo interferem no curso do adoecimento.

Palavras-chave: Neoplasias. Vulnerabilidade em saúde. Antropologia médica. Itinerário terapêutico. Enfermagem oncológica.

ABSTRACT

Cancer has gained increasing prominence in public health worldwide, as with each new estimate the cases increase, this is related to a population progressively more exposed to risk factors over long periods. Thus, understanding how individuals experience illness is essential to assist in the dynamics of health care. This research aims to interpret the therapeutic itineraries experienced by women and men sick with cancer. Qualitative methodology study using the theoretical framework of Medical Anthropology, being developed in the oncology unit of a public hospital that is a reference in the southern region of Brazil. 63 patients were interviewed using the in-depth interview data collection technique, and the data were analyzed using the thematic analysis technique, which served as a basis for the construction of the participants' narratives. Based on the experience of the 32 men and 31 women participating, it was possible to elaborate two narratives, the first one being entitled "Female experiences in illness: submissions in treatment", a time when women reported greater concern in the care of their health, being part of the care performed with the use of formal knowledge - medical knowledge - and the other informal - common sense. While, in the second narrative, "Power x Disease: experiencing masculinity in becoming ill with cancer", men only sought help when there was an aggravation of the disease, that is, they delayed assuming that they were ill, as this is a behavior that makes their masculinities vulnerable. Thus, the study of the therapeutic itineraries of women and men helped identify the existence of vulnerable behaviors for both, but in their singularities, where women were more vulnerable in the psychological and social dimension, while men were vulnerable because they did not recognize themselves as such. Both experiences of gender interfere in the decision-making for health care, therefore interfering in the course of illness.

Keywords: Neoplasms. Health vulnerability. Anthropology, medical. Therapeutic itinerary. Oncology nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
4	METODOLOGIA	18
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO	18
4.2	LOCAL DA PESQUISA	18
4.3	PARTICIPANTES	19
4.4	TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS	19
4.5	TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	20
4.6	RIGOR METODOLÓGICO	21
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	43
	APÊNDICE B – Dados socioculturais e clínicos	46
	ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP	47
	ANEXO B - Regras para submissão de artigos na revista Brasileira de enfermagem (REBEn)	52

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos as neoplasias têm ganhado destaque na saúde pública mundial por sua incidência e prevalência em uma população que vem envelhecendo e que está cada vez mais exposta a fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Nos Estados Unidos da América para o ano de 2021 são esperados 1.898.160 novos casos de câncer, sendo estimadas 608.570 mortes em decorrência desta doença. Há destaque para os casos estimados de câncer de mama feminino com 281.550, pulmão com 235.760, e próstata com 248.530 casos novos (SIEGEL; et al., 2021).

No Brasil, em estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer José Gomes de Alencar (INCA), para o ano o triênio (2020-2022) são esperados 625 mil casos novos de câncer (excluindo os casos de câncer de pele não melanoma, totalizam 450.000 casos novos). A maior incidência nacional está para os casos novos de neoplasias da próstata e mama com 66 mil casos novos em cada, seguido do câncer de colón e reto com 41 mil casos novos (BRASIL, 2020).

Ressaltamos que estes “casos novos” se trata de pessoas que serão submetidos a diversos tratamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) ou no Sistema Suplementar de Saúde. Os adoecidos ocuparão leitos em diversos hospitais gerais e especializados, e durante o tratamento precisarão de acesso à informação para o autocuidado em saúde, é neste momento em que precisará se desenvolver uma importante atividade da assistência.

Atualmente, conhecer algum indivíduo que vivencia a patologia não é raro. Porém, deve-se entender que estar doente vai muito além da doença física, é o processo que perpassa outras questões e eventos em que interferem, causando mudanças no desenvolvimento do ciclo de vida e alteram o padrão considerado normal, que acaba por gerar desconfortos e modificar a dinâmica familiar, pois alterações físicas, psicológicas e culturais podem ser vivenciadas durante o tratamento (GIRARDON-PERLINI; ANGELO, 2017).

Para interpretar as vivências com o câncer, é fundamental considerar a cultura como parte deste processo, pois os adoecidos aprendem a lidar com a doença e interpretar suas representações no seu cotidiano conforme os elementos compartilhados por seu grupo (ARAÚJO; ZAGO, 2019). Assim, a cultura se expressa por uma rede de significados. No contexto do câncer, a dor e o sofrimento vivenciado podem desencadear novos sentidos e significados para a pessoa acometida, como por exemplo duas pessoas que tem condições de vida semelhantes, mas entendem este processo de maneiras diferentes, onde uma relaciona o câncer com a religião, e a outra com a desigualdade social, pois cada uma recorreu a sua história

de vida e sua cultura para interpretar sua condição atual (CAMPOS; CASTRO E CAVALIERI, 2017).

Sendo assim, o itinerário terapêutico é uma ferramenta importante, pois demonstra conceitos além da doença, os fatores extra biológicos, ou seja, proporciona um diálogo entre a clínica e as experiências do indivíduo, logo evidencia o caminho que o adoecido desenvolveu para buscar o auxílio a doença, incluindo todas as formas de cuidados para ele, bem como a sua colaboração para com as possíveis formas de tratamento. Dessa maneira, a mesma doença pode gerar diferentes interpretações e processos de tratamentos, ao qual estão disponíveis na crença de uma sociedade. Para a saúde, esta ferramenta se demonstra mais compreensiva e interpretativa, pois leva em conta os fatos da história pessoal, sociocultural e o adoecimento de cada paciente (DEMÉTRIO; SANTANA; SANTOS, 2019).

Nesta perspectiva, na busca por significados, identificar a trajetória do paciente e como a cultura está inserida em suas decisões, o itinerário terapêutico apresenta-se como uma ferramenta dinâmica em que pacientes, serviços de saúde, profissionais e familiares experimentaram o adoecimento. Todavia, pesquisadores (SILVA; SANCHO e FIGUEIREDO, 2016) defendem que, para que o itinerário terapêutico seja operacionalizado, deve-se estruturar pontos-chave e básicos, tais como: compreender o que sentiu, como surgiu e notou a doença, se este indivíduo procurou ajuda logo que notou ou se deixou agravar os sinais e sintomas, quando buscou serviços de saúde e recebeu o diagnóstico, sabe o que é, seu tratamento, entre outras questões para então elucidar e entender o caminho que o paciente percorreu até o momento.

A partir de um itinerário terapêutico é possível conhecermos distintas histórias de adoecimento pelo câncer. Isto demonstrará como a população adoecida pelo câncer entende seu processo de adoecimento e quais recursos ela busca para o tratamento. Tal perspectiva merece destaque científico, por sua especificidade em caracterizar um grupo cultural de uma dada região que pode ainda não ter sido “enxergada” nesta singularidade.

Na literatura científica brasileira é possível encontrarmos estudos que destacam o conhecimento sobre o itinerário terapêutico de determinados grupos para a construção de projetos intervenção e compreensão sobre a tomada decisão de cada indivíduo, como em estudo que investigou os diversos pontos de inflexão do itinerário terapêutico de pessoas com transtorno mental (MUHL, 2020). Dessa forma, tal dedicação com outro permite um aprofundamento teórico das necessidades em saúde do indivíduo, possibilitando ações que realmente sejam consideradas integrais, indo além do cuidado técnico tão visado nos currículos de formação de profissionais de saúde.

Vale ressaltar que os homens e as mulheres ao vivenciarem a mesma doença, possuem olhares diferentes, como em estudo que coloca em foco as pessoas com câncer de bexiga e os seus parceiros/familiares, os autores demonstram ao longo de sua pesquisa olhares divergentes entre os gêneros para com o adoecimento e tratamento, assim tornando a tomada de decisão de cada um conforme a sua experiência de vida (HEYES; et al., 2014). Desta forma, evidencia que mulheres e homens em culturas iguais, vivenciam formas diferentes de lidar com suas experiências, e a tomada de decisão é baseada em elementos culturais de gênero.

A partir dessa explanação elaboramos a seguinte questão norteadora: quais os itinerários terapêuticos vivenciados por mulheres e homens no adoecimento pelo câncer?

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Interpretar os itinerários terapêuticos vivenciados por mulheres e homens adoecidos pelo câncer.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os aspectos socioculturais e clínicos dos adoecidos por câncer;
- Identificar os itinerários terapêuticos dos participantes;
- Analisar os itinerários terapêuticos à luz da Antropologia Médica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Quando se utiliza somente o termo câncer, se generaliza os mais de 100 tipos diferentes de neoplasias malignas existentes, estes que são divididas e tem nomenclaturas conforme a célula de origem. Essa doença surge a partir de uma mutação genética, ou seja, uma alteração gerada no DNA da célula, ela que passará a não desenvolver o seu papel primordial e começará atuar com mecanismos celulares equivocados, multiplicando-se de modo incontrolável. Vale ressaltar que este processo é chamado de carcinogênese ou oncogênese, que é iniciado pela exposição aos agentes etiológicos da doença (químicos, físicos e biológicos) (INCA, 2019).

Atualmente a patologia conta com diversas formas de tratamentos, sendo que, na literatura as formas mais citadas são a cirurgia, hormonioterapia, radioterapia e quimioterapia, porém ainda temos a imunoterapia, dietoterapia e terapias integrativas, esta que utiliza alguns fatores como a prática de sua experiência, crença, resiliência, ciência e uso de terapias complementares em saúde (ALVARES, 2020).

Realizar o tratamento oncológico nem sempre garante um bom prognóstico, mas gera maior qualidade de vida aos indivíduos, assim este pode experimentar o processo de adoecimento de forma positiva. Tal situação é necessária, pois o câncer possui um estigma social associado a elementos negativos, e geralmente o associam a finitude da vida, o que gera sentimentos como o medo, tristeza, negação, isolamento social, fuga do diálogo sobre o adoecimento, todos prejudiciais à qualidade de vida (WAKIUCHI; et al., 2020).

Sendo assim, o itinerário terapêutico (IT), se apresenta como uma ferramenta qualificada, pois tem objetivo de interpretar como os indivíduos lidam com o seu processo de adoecimento, mais precisamente como suas escolhas os direcionam a solução do seu problema de saúde. No entanto, ela não se limita ao conhecimento das terapêuticas em saúde realizadas, ou aos modelos explicativos da doença, mas como elementos socioculturais influenciam nas tomadas de decisão que ocorrem durante o adoecimento (ALVES; SOUZA, 1999).

Internacionalmente a produção sobre o IT surgiu a partir do conceito de comportamento do enfermo (*illness behavior*), que foi desenvolvido por autores que expressavam um conceito pragmático no qual os indivíduos faziam suas escolhas terapêuticas individuais e baseadas apenas na oferta de mercado (MECHANIC; VOLKART, 1960). Logo, esta perspectiva foi rechaçada por diversos estudiosos das ciências humanas e sociais, pois para eles as escolhas humanas são compostas por diversos elementos passíveis de interpretação para serem entendidos (ALVES; SOUZA, 1999).

Ao longo dos anos houve a evolução do conceito chegando ao modelo proposto por Kleinman, que apesar de 40 anos de sua proposição ainda é o mais utilizado. Para o autor há três sistemas de cuidado em saúde que são: o profissional – a medicina científica ou ocidental; o *folk* (“folclórica” tradução literal do inglês) – composta por benzedadeiras, rezadeiras e outros atores sociais que representam o cuidado a saúde; o popular – representado pela automedicação baseada na experiência do outro, como no conselho do amigo (KLEINMAN, 1978; 1980). Estes sistemas estão presentes na trajetória do adoecimento, por vezes estão associados se interpondo na experiência do adoecimento. Tal modelo permite ao pesquisador compreender como a cultura pode influenciar nas escolhas que o doente toma para cuidar de si.

Atualmente, o IT tem sido utilizado para resolver demandas de saúde, sobretudo que se possa planejar a assistência à saúde e avaliação dos serviços assistenciais. O foco é ter subsídios para propor estratégias de cuidado, levando em consideração as trajetórias terapêuticas apresentadas pelos indivíduos (AMARAL; et al., 2018). Em suma, o IT é apresentado como um corroborador do que foi apresentado até este momento, ou seja, como uma ferramenta que não apresenta a adesão ou não a um tratamento, mas no esclarecimento de escolhas e como elas foram tomadas, principalmente como a cultura nela influencia. Vale ressaltar que o IT só vem a complementar estudos qualitativos e/ou quantitativos.

Mas como se processa o IT? Para entendermos como o mesmo ocorre utilizamos como referência a tese de um doutorado, nela o autor estudou o adoecimento de homens com câncer de pênis e, dentre os objetivos, identificou o IT dos participantes. Os homens adoecidos pelo câncer de pênis notaram que o primeiro sinal de alteração no seu pênis foi a sensação de coceira, mal cheiro e dor. Em seguida, ou em paralelo, surgiu uma lesão caracterizada como uma pelota, ferida, carne, amora verde ou verruga, e então, notaram que sua urina estava com sangue, escura, que tinham dificuldade de urinar, acreditavam estar com inflamação no pênis, e houve a descrição de dificuldade nas relações sexuais. Após tais sinais e sintomas eles optaram ou por esperar a doença sumir ou iniciaram a automedicação, porém por se tratar do câncer a doença agudizou exacerbando sintomas como a dor, e um fator primordial para a busca do cuidado médico foi a impossibilidade de trabalhar. Em relação ao diagnóstico alguns obtiveram a informação real (neoplasia peniana), no entanto, alguns apenas foram informados ter uma infecção grave devido a interferência dos familiares. Após tal diagnóstico os homens recorrem a sua história pessoal para auto identificarem o motivo do surgimento da doença, surgem relatos como acidentes com corpo na região peniana, exposição inadequada do corpo ao ambiente contaminado, e a presença de infecções sexualmente transmissíveis. Em paralelo ao raciocínio “fisiológico popular” para o surgimento da doença, os participantes buscaram o imaginário

popular para justificar a manifestação do câncer, representado com elementos como predestinação, teste divino e remissão dos pecados. O tratamento médico é a amputação do pênis, mas todos os pacientes buscaram negociar as sequelas cirúrgicas, como a solicitação de amputação parcial, manutenção das atividades laborais, ou mesmo a aproximação da esposa para obter garantias de manutenção do relacionamento pós-tratamento. Conhecer este IT é fundamental para a proposição de políticas de saúde que atendam a este grupo, pois o pênis neste universo é representado como o símbolo da masculinidade, e não somente como um órgão reprodutor (CONCEIÇÃO, 2017).

Se para um tipo de câncer há tantos subsídios a serem interpretados, acreditamos que a presente investigação tem muito a contribuir com a literatura científica, pois irá identificar diferentes itinerários, de pessoas com diferentes tipos de câncer e com diferenças histórias de vida.

Considerando os pontos já supracitados, ainda se deve refletir sobre a diferença entre os homens e mulheres em relação a experiência da doença, pois ao se comparar as neoplasias entre estes dois gêneros, nota-se a divergência de dados, onde as mulheres têm menores taxas, tanto no que se refere a diagnóstico, prognóstico e a morte (MARTINS; et al., 2020). Esta relação pode ser analisada perante a cultura predominante no Brasil, onde em sua maioria a mulher mesmo tendo um trabalho remunerado, realiza os trabalhos domésticos, é vista como a cuidadora do lar e da família, busca os serviços de saúde precocemente, tem uma tomada de decisão mais rápida perante os seus cuidados e tratamentos, enquanto o homem na maioria dos casos busca os serviços de saúde em situações mais avançadas da doença, é visto como o pilar da família, tanto em relação a busca por sustento como em manter os membros unidos, e tem uma tomada de decisão mais tardia, ambos os fatos podem ser analisados pelo conceito de gênero.

Nesse interim, entende-se que os homens e mulheres interpretam o processo de adoecimento conforme o seu gênero e cultura, vale ressaltar que a cultura envolve mais que os significados compartilhados entre um determinado grupo, mas demonstra diversos significados que a sociedade codifica e decodifica, organiza e de alguma forma regulamenta as condutas que devem ser tomadas, podendo privilegiar as relações entre os seres, assim produzindo uma relação de poder, sobretudo entre feminilidade e masculinidade (MEYER; SILVA, 2020).

A cultura atribui ao gênero atitudes e comportamentos esperados na performance de ser homem ou mulher em sociedade. Trata-se de um conjunto de expectativas que são transmitidos à uma menina e/ou menino que vivencia uma cultura, estes que ao crescerem poderão assumir

um papel dito como tradicional na sociedade em que vive. No entanto, nada impede que os indivíduos não atendam a estas expectativas e percorram um caminho diferente, pois todos nascemos em uma sociedade, mas somos atores de nossas vidas e podemos moldar de uma forma que ela seja mais proveitosa e vivida (BUTLER, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao estudar pessoas adoecidas pelo câncer é possível compreender os sentidos empregados à doença, sobretudo porque o câncer é socialmente estigmatizado, e o adoecido se submete a tratamentos agressivos. Portanto, é preciso considerar eles em sua singularidade e possuidores de uma história de vida específica construída a partir de suas relações com outros sujeitos. Essas considerações levaram-nos a empregar o referencial da Antropologia Médica Interpretativa.

Para a antropologia médica, a doença não é apenas um processo biológico/corporal, mas o resultado da influência do contexto cultural e da experiência subjetiva que o corpo está com problemas. A cultura é considerada como um sistema simbólico e, assim é pública e centrada no indivíduo que a emprega para dar sentidos ao seu mundo e seu agir. Desse modo, a cultura é aprendida, compartilhada e padronizada; e tem como elementos constituintes valores, símbolos, crenças, normas e práticas. Basear um estudo na antropologia médica é aprofundar-se em um sistema de sentidos estabelecidos por grupos culturais e interpretá-los para a formação de significados que retratem a relação do ser humano com o processo saúde-doença (TEIXEIRA, 2017).

Na antropologia médica interpretativa cabe ao pesquisador identificar e interpretar os símbolos culturais que compõem o itinerário terapêutico dos pacientes oncológicos. Para entender melhor os fenômenos em estudo, há a necessidade de reconhecer a importância da vida cotidiana e dos sentimentos humanos, por metodologias que privilegiem a dimensão subjetiva. Por meio da subjetividade poderemos analisar os sentidos da experiência dos participantes com relação ao fenômeno estudado (PERES, 2019). Assim, justificamos o uso da metodologia qualitativa para a operacionalização deste estudo.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Oncologia de um hospital público do oeste catarinense que é referência para a região sul do Brasil para o tratamento do câncer. A unidade conta com os setores de quimioterapia, tanto ambulatorial como de internação (este tendo 49 leitos, para a realização de protocolos quimioterápicos, compensação clínica e intraoperatório), radioterapia (teleterapia e braquiterapia) e cirurgia oncológica.

4.3 PARTICIPANTES

Foram abordados 73 pacientes com neoplasia maligna durante o período de internação, porém participaram desta investigação 63 pacientes oncológicos, sendo 32 homens e 31 mulheres. Como critério de inclusão estabeleceu-se ser diagnosticado com câncer, ter idade maior a 18 anos e estar internado na unidade de oncologia durante o desenvolvimento da pesquisa. Como critério de exclusão, os pacientes que não possuíam condições clínicas e mentais para participarem da investigação.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

Os participantes foram entrevistados em profundidade, esta técnica consistiu em entrevistas pouco estruturadas e que abrangeram alguns aspectos, porém, com detalhamento (SILVA; RUSSO, 2019). Com essa técnica, o pesquisador buscou ir além da superfície do tópico em discussão, explorando o pensar e o fazer dos participantes. Por este tipo de entrevista, obteve-se narrativas que permitiram criações pautadas em circunstâncias, ações, causas, relações, objetivos e meios, levando o pesquisador a uma postura interpretativa, com vista a promover reciprocidade entre os pensamentos populares e científicos.

As entrevistas foram áudiogravadas, com anuência dos participantes, e teve há duração de aproximadamente 30 minutos, após este encontro ocorreu-se mais de um encontro com cada participante.

O itinerário terapêutico dos pacientes oncológicos foi elaborado a partir do modelo explicativo-explanatório, na qual a explicação para o surgimento da doença foi construída na medida em que o indivíduo se entendeu doente (CAROSO; RODRIGUES; ALMEIDA-FILHO, 2004). Para tanto, fez-se necessário apreender o que é estar doente em sua concepção. As pessoas buscam representar a doença por um fator causal e, então reconstroem sua origem descritos por quatro questionamentos fundamentais: 1) O que é a doença? 2) Como isto acontece? 3) Quem ou o que a produz? e 4) Por que isso ocorreu? Os autores ressaltam que as respostas a esses questionamentos irão depender do contexto sociocultural no qual as pessoas estão envolvidas. Porém segundo estudo, um modelo explanatório possui um quinto questionamento, sendo: “Qual o tratamento?” (KLEINMAN, 1980). Sendo este os questionamentos utilizados em nosso roteiro de investigação.

Ressaltamos que os questionamentos fazem parte de um roteiro de entrevista que foi conduzido a partir de um diálogo. Desta forma, surgiram outros questionamentos durante a

investigação, assim, elucidou-se os aspectos não considerados previamente pelos pesquisadores. Foram também coletados dados socioculturais e clínicos dos participantes por meio de instrumento produzido pela equipe de pesquisa. Dados em prontuário foram coletados visando complementar e confirmar as informações clínicas dos pacientes oncológicos.

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados coletados utilizou-se a técnica de análise temática indutiva, esta que é uma técnica usada em estudos qualitativos e visa identificar, analisar e relatar padrões (temas) em dados. Um tema é a captura de um padrão que responde ou significa uma informação relevante dentre os dados coletados. Para identificar o tema, o pesquisador precisou cumprir etapas no processo de análise dos dados, as quais foram: 1) Familiarizar-se com os dados, por meio das entrevistas transcritas, lidas e relidas; é importante também realizar notas sobre possíveis hipóteses que ajudem o pesquisador nas fases seguintes; 2) Criar códigos que representem características importantes dos dados; 3) Os códigos permitem ao pesquisador buscar temas pela codificação realizada; 4) Confirmar que os possíveis temas identificados possuem códigos que realmente os justifiquem; 5) Refinar os temas identificados e nomeá-los de forma a representar toda a história presente nos dados que os compõe; 6) Apresentar os temas e exemplificar com extração de trechos dos dados que, além de justificar os temas encontrados, atendam as questões de pesquisa (BRAUN; CLARKE, 2017).

Para uma coerência dos temas finais organizou-se conforme a estrutura do método narrativo, onde propõe a construção a partir de mimeses, estes que não devem ser entendidos como uma imitação de uma experiência/narrativa, mas sim, uma recriação dela a partir da compreensão do que encontramos/interpretamos da situação, desta forma, um estudo desenvolve este processo em três etapas: Mimesis I se refere a vida antes da narrativa falada ou escrita, ou seja, o cotidiano antes do científico em que vivemos, englobando fenômenos da situação existencial humana; Mimesis II é a criação da qual a narrativa será composta, tendo ela começo, meio e fim, pois assim se configura e resume os eventos narrados e os deixa com uma ordem e coerência mais significativa e vivida; Já o Mimesis III é a fase vista como de finalização para o processo de interpretação, onde o texto e o leitor se encontraram e será compreendido em diferentes camadas de significados (MISSEL; BIRKELUND, 2019).

Sendo assim, para construir as narrativas era realizado a escuta dos áudios, transcrição, leituras e releituras das entrevistas, neste momento já era realizado uma análise inicial com a técnica de análise temática indutiva, onde já identificávamos, analisávamos e relatávamos os

padrões entre as entrevistas em códigos e temas. Desta forma, conseguimos notar as subjetividades e intersubjetividades entre as entrevistas. Esse processo ocorreu em paralelo a coleta de dados, para que a cada lacuna nas interpretações formuladas pudéssemos preenchê-la com um novo relato da história de cada participante.

Após este momento, foi realizada a construção das narrativas a partir de mimeses, as construímos a partir da compreensão de cada situação. O ponto de partida foi a maneira como os participantes se entendiam como antes da doença/diagnóstico, em sequência as narrativas foram se moldando conforme melhor coerência e ordem cronológica para que se fizessem mais significativas e de fácil entendimento, assim não seria necessário retornar a pontos antes não abordados, evitando-se confusões. Por fim, identificamos as atuais narrativas, que nos demonstram os diversos significados que os indivíduos utilizam para representar o processo de adoecimento por câncer, na ótica de homens e mulheres.

Vale ressaltar que o objetivo inicial do estudo não era o desenvolvimento de narrativas pautadas nas diferenças de gênero, mas sim, somente uma que contextualizasse todos os entrevistados. Entretanto, conforme as entrevistas iriam sendo realizadas, escutadas, transcritas, lidas e relidas, notamos diferenças entre estes dois gêneros, neste contexto, foi elaborado uma nova análise separando estes, o que culminou nos resultados desta investigação e adequação do objetivo dela. Desta forma, entende-se que se vivenciou a reflexividade, sendo que ela é um processo contínuo e que requer engajamento dos pesquisadores e o contexto de cada pesquisa (BARRETT; KAJAMAA; JOHNSTON, 2020).

4.6 RIGOR METODOLÓGICO

Para maior validade e credibilidade em estudos qualitativos a pesquisa foi estruturada de acordo com os preceitos do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), este que é uma lista de verificação para estudos qualitativos que abrange tópicos que devem estar descritos no estudo, assim, a pesquisa se demonstra mais completa, qualificada e acaba por relatar os aspectos importantes da investigação. Esta lista conta com 32 itens onde auxilia os pesquisadores na construção do conhecimento, demonstrando ao leitor os principais aspectos da pesquisa, métodos, contexto, resultados, análises e interpretações (SOUZA; et al., 2021).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Tendo em vista o envolvimento de seres humanos nesta pesquisa, o cuidado ético dos pesquisadores e em observância às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e 510/2016, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFFS, obtendo o CAAE: 90370818.1.0000.5564. Seguiremos as diretrizes éticas da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência (BRASIL, 2012; 2016). Elaboramos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual foi solicitado a autorização dos participantes para a realização da observação participante e das entrevistas áudio gravadas. Ressalta-se que todas as entrevistas áudio gravadas e suas respectivas transcrições estão armazenadas em banco de dados, e garante-se que o sigilo e o anonimato estão assegurados aos participantes por nomes fictícios, selecionados por eles, ou sugeridos pelo entrevistador quando necessário.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados no formato de artigo, sendo que tal material será enviado a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) após avaliação da banca. As regras de formatação do manuscrito estão disponíveis no Anexo B.

ITINERÁRIOS NO ADOECIMENTO PELO CÂNCER: ENTRE MULHERES, HOMENS E CULTURAS

RESUMO

Objetivo: Interpretar os itinerários terapêuticos vivenciados por mulheres e homens adoecidos pelo câncer. **Métodos:** Estudo de metodologia qualitativa com o uso do referencial teórico da Antropologia Médica, os pacientes foram selecionados em um hospital referência para neoplasia na região, sendo entrevistados 63 participantes com cinco questões norteadoras, sendo estas áudio gravadas e transcritas. **Resultados:** Foram entrevistados 32 homens e 31 mulheres, predominantemente acima dos 60 anos, casados, com o primeiro grau incompleto e católicos. Vale ressaltar que os participantes tiveram suas narrativas interpretadas conforme a cultura presente na região. **Considerações Finais:** A pesquisa propiciou identificar que ambos os gêneros são vulneráveis em relação ao adoecimento por neoplasia, porém com as suas singularidades através da cultura adquirida com o decorrer de sua vida, assim, propiciando diferentes experiências na enfermidade e reconhecendo que por vezes os papéis que estes indivíduos têm com a sociedade influencia em como este lida com o adoecimento.

Descritores: Saúde do Homem. Saúde da Mulher. Neoplasias. Vulnerabilidade em Saúde. Antropologia Médica. Itinerário Terapêutico. Enfermagem Oncológica.

Descriptors: Men's Health. Women's Health. Neoplasms. Health Vulnerability. Anthropology, Medical. Therapeutic Itinerary. Oncology Nursing.

Descriptores: Salud del Hombre. Salud de la Mujer. Neoplasias. Vulnerabilidad en Salud. Antropología Médica. Itinerario Terapêutico. Enfermería Oncológica.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as neoplasias têm ganhado destaque na saúde pública mundial por sua incidência e prevalência em uma população que vem envelhecendo e que está cada vez mais exposta a fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Nos Estados Unidos da América, para 2021, são esperados 1.898.160 novos casos de câncer, sendo estimadas 608.570 mortes

em decorrência desta doença. Destacam-se os casos estimados de câncer de mama feminino com 281.550, pulmão com 235.760, e de próstata com 248.530 casos⁽¹⁾.

No Brasil, em estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), para o triênio (2020 - 2022) são esperados 625 mil casos novos de câncer (excluindo os casos de câncer de pele não melanoma, totalizam 450.000 casos novos). Nesta estimativa há destaque para os casos novos de neoplasias da próstata e mama feminina, com 66.000 casos cada, seguido de cólon e reto com 41.000 casos⁽²⁾.

Atualmente, conhecer algum indivíduo que vivencia a patologia não é raro. Porém, deve-se entender que estar doente vai muito além da doença física, é o processo que perpassa outras questões e eventos em que interferem, causando mudanças no desenvolvimento do ciclo de vida, alterando o padrão considerado normal, que acaba por gerar desconfortos e modificar a dinâmica familiar, pois alterações físicas, psicológicas e culturais podem ser vivenciadas durante o tratamento⁽³⁾.

Para interpretar as vivências com o câncer, é fundamental considerar a cultura como parte deste processo, pois os adoecidos aprendem a lidar com a doença e interpretar suas representações no seu cotidiano conforme os elementos compartilhados por seu grupo⁽⁴⁾. Assim, a cultura se expressa por uma rede de significados. No contexto do câncer, a dor e o sofrimento vivenciado podem desencadear novos sentidos e significados para a pessoa acometida, como por exemplo duas pessoas que tem condições de vida semelhantes, mas entendem este processo de maneiras diferentes, onde uma relaciona o câncer com a religião, e a outra com a desigualdade social, pois cada uma recorreu a sua história de vida e sua cultura para interpretar sua condição atual⁽⁵⁾.

Sendo assim, o itinerário terapêutico é uma ferramenta importante, pois demonstra conceitos além da doença, os fatores extrabiológicos, ou seja, oferece elementos para além da prática científica *in loco*, desta forma, proporciona um diálogo entre a clínica e as experiências do indivíduo. Dessa maneira, a mesma patologia pode gerar diferentes interpretações e processos de tratamentos, ao qual estão disponíveis na crença de uma sociedade. Para a saúde, esta ferramenta se demonstra mais compreensiva e interpretativa, pois leva em conta os fatos da história pessoal, sociocultural e o adoecimento de cada paciente⁽⁶⁾.

Nesta perspectiva, na busca por significados, identificar a trajetória do paciente e como a cultura está inserida em suas decisões, o itinerário terapêutico apresenta-se como uma ferramenta dinâmica em que pacientes, serviços de saúde, profissionais e familiares experimentaram o adoecimento. Todavia, pesquisadores⁽⁷⁾ defendem que, para que o itinerário terapêutico seja operacionalizado, deve-se estruturar pontos-chave e básicos, tais como:

compreender o que sentiu, como surgiu e notou a doença, se este indivíduo procurou ajuda logo que notou ou se deixou agravar os sinais e sintomas, quando buscou serviços de saúde e recebeu o diagnóstico, sabe o que é, seu tratamento, entre outras questões para então elucidar e entender o caminho que o paciente percorreu até o momento.

Neste sentido, para efetivar a aproximação com o tema “itinerários no adoecimento pelo câncer”, foram realizadas buscas na literatura e se constatou que somente um artigo foi produzido nos últimos cinco anos e tem semelhança com o tema, tendo como foco avaliar o itinerário terapêutico de pacientes tratados no setor especializado em oncologia, demonstrando sua trajetória na busca por tratamento e os dados clínicos e epidemiológicos dos adoecidos⁽⁸⁾. Logo, explicita-se a existência de lacunas acerca da temática abordada e suas repercussões na vida dos indivíduos que perpassam esta situação, assim, questiona-se: quais os itinerários terapêuticos vivenciados por mulheres e homens no adoecimento pelo câncer?

OBJETIVO

Interpretar os itinerários terapêuticos vivenciados por mulheres e homens adoecidos pelo câncer.

METODOLOGIA

Estudo de metodologia qualitativa que visa compreender os sentidos e significados da experiência de adoecimento pelo câncer segundo a perspectiva de homens e mulheres. Foi utilizado o referencial teórico da Antropologia Médica, que utiliza a cultura e os conceitos que a sustentam para interpretar o adoecimento na visão integral do ser humano⁽⁹⁾. A pesquisa foi estruturada de acordo com os preceitos do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*⁽¹⁰⁾.

Os participantes do estudo foram selecionados em uma unidade de oncologia do sul do Brasil, referência no tratamento de pacientes com câncer da rede pública de saúde. A seleção ocorreu de forma intencional, sendo empregados como critérios de inclusão: ser diagnosticado com câncer, estar internado na unidade de oncologia durante o desenvolvimento da pesquisa, e ser maior de 18 anos. Pacientes foram excluídos se, mesmo atendendo aos critérios estabelecidos, estavam debilitados clinicamente para prestar seus depoimentos.

Os autores abordaram 73 indivíduos com câncer durante a internação, apresentaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e realizaram a coleta de dados com os que manifestaram ciência e concordância com a pesquisa. A entrevista aconteceu em uma sala

reservada, cedida pela instituição, no período de maio de 2018 a junho de 2019. Participaram desta investigação 63 pacientes oncológicos.

Obteve-se os dados sociodemográficos a partir de prontuários dos participantes, e a entrevista foi conduzida com auxílio de um roteiro com cinco questões clássicas norteadoras do itinerário terapêutico⁽¹¹⁾: 1) O que é a doença? 2) Como isto acontece? 3) Quem ou o que a produz? 4) Por que isso ocorreu? e 5) Qual o tratamento? Além destes questionamentos, outras perguntas foram realizadas para elucidar tópicos mencionados pelos adoecidos. Houve dois momentos de entrevistas com cada participante, com duração média de 30 minutos cada um, sendo as entrevistas áudio gravadas por meio de mídia digital. Outro recurso utilizado foi a técnica da observação participante, dados estes registrados em diário de campo. No segundo momento de entrevista, os pesquisadores apresentaram uma síntese da transcrição, para que os participantes pudessem confirmar se as impressões sobre suas vivências estavam corretas. A coleta de dados foi interrompida quando o corpus de dados produzido atendeu aos objetivos propostos.

Na sequência de cada transcrição se realizava a leitura e identificação de códigos para aquela narrativa e, conforme os códigos eram identificados, começou-se a elaborar os temas de acordo a análise temática indutiva⁽¹²⁾. Na Figura 1 pode ser visualizada a produção de códigos para a consolidação dos temas identificados.

Para tabulação dos dados sociodemográficos utilizou-se o software Microsoft Excel® 2019, e para a transcrição e construção da narrativa foi utilizado o Microsoft Word® 2019. Ressalta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, obtendo CAAE: 90370818.1.0000.5564. Respeitaram-se os preceitos éticos das Resoluções nº 466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo os nomes dos participantes substituídos por pseudônimos para a manutenção do anonimato.



Figura 1. Fluxograma de consolidação dos temas, Chapecó, Santa Catarina, 2021.

Fonte: Elaborado pelos autores.

RESULTADOS

Participaram do estudo 32 homens e 31 mulheres, sendo a maioria (39,69%), 25 pessoas, na faixa etária 60 a 69 anos, 39 (61,90%) eram casados, e 34 (53,97%) tinham o primeiro grau incompleto, 50 (79,37%) pessoas de religião predominantemente católica, 13 (20,63%) evangélicas, 34 (53,97%) ainda desenvolviam alguma atividade para obtenção de renda e 29 (46,03%) eram aposentados. Com relação à localização neoplásica, foram identificadas 27 (42,86%) pessoas com câncer no aparelho digestivo, oito (12,70%) com leucemias e 28 (44,44%) com outras neoplasias malignas.

As narrativas a seguir contém trechos de diálogos de alguns participantes, assim, representa todos que foram entrevistados.

Experiências femininas no adoecimento: submissões no tratamento

*Eu sou a síntese da experiência das **mulheres** que participaram deste estudo que são acometidas por neoplasias malignas em geral. Hoje sei que tenho câncer, porém quando fiquei adoecida pensei que era hemorroida e não sabia dizer se tinha ou tem cura, mas o tratamento estou fazendo, porque começou em um lugar e depois foi para outro. O que posso dizer sobre essa doença é que o tratamento deve ser feito certo e com o acompanhamento médico, e sempre seguir lutando para melhorar com sucesso e a saúde voltar, pois se descuidar pode aparecer em outro lugar. (ALICE, ANA, BEATRIZ, ISABELA, JÚLIA, LARISSA, LAURA, MARIA). Ao me recordar dos primeiros sinais e sintomas da doença lembro que surgiu uma pressão baixa, fraqueza e tonturas, não conseguia nem subir as escadas. Outros sinais foram as aftas que apareceram na boca e não saíam ou melhoravam, logo após comecei a vomitar, tanto que praticamente tudo que eu ingeria vomitava depois. Assim começou as dores no abdômen e nas costas e cada vez iam aumentando, não conseguia nem tocar na barriga, e desta forma procurei o médico, e com o passar dos dias não conseguia nem me sentar, pois era uma dificuldade grande, já que o estômago estava doendo demais, e nos últimos dias comecei sentir dificuldade na respiração, até que começou a me faltar o ar e a médica dizia que era por conta do estresse*

ou nervosismo. Uma certa noite ao acordar notei que tinha um pouco de sangue no lençol, então me levantei para tomar banho e isso me gerou uma canseira, me derrubou, pois nem tinha começado o tratamento ainda e fiquei pior, sem vontade de fazer nada, tanto que comia pouco. Após este momento comecei a querer adiantar o retorno, cheguei a passar a noite na emergência duas vezes. Sofri por conta do incômodo, pois estou acostumada a ser livre, mas a sensação de ter alguma coisa fica no pensamento. (ALICE, BEATRIZ, BRUNA, CAROL, HELENA, JÚLIA, LARRISA E LETÍCIA).

Na minha família por exemplo quase todos tem essa enfermidade, assim como o câncer pode surgir a partir da mutação de algumas células e acaba se transformando, e pode ser de várias coisas como exposição a químicos, mas nunca entrei em contato com esses produtos, atualmente pesquiso bastante no Google, porém não sei afirmar como se produz essa doença e o médico me falou que não é uma metástase e que não posso colocar isso na cabeça, pode até ser de uma batida que veio a machucar. (ANA, BEATRIZ, FERNANDA, LARISSA, LAURA E LETÍCIA).

O câncer é uma realidade e eu não pensava nisso, porque acontece com qualquer um, a neoplasia não escolhe e nada pode explicar. Após a cirurgia comecei a comer um pouco, porém não me deram muita comida, somente líquidos e alimentos processados. Até me alimentava, mas não conseguia comer muito, não vomitava, entretanto não me sentia bem. Hoje consegui comer alimentos mais sólidos como mandioca, bife de gado e gelatina. Antes da doença, comia de tudo, mas frequentemente não me sentia bem após a alimentação. Tomava café e sentia dor no estômago. Eu não comia fritura constantemente, até gostava de comer um pedaço de carne, porém tinha que remover a gordura, pois gordura eu não como, até ao comer galinha eu removia o seu couro (a participante relaciona o couro da galinha à gordura). (BRUNA, LUANA, MANUELA E VITÓRIA).

Em relação aos tratamentos complementares fiz o uso de chás para tratar o câncer e os sintomas associados a ele. Para o tratamento do câncer, um exemplo é o chá de graviola onde pegava duas folhas, colocava para ferver com um litro de água e deixava descansar para após ingerir, geralmente servia 3 copos por dia. Além deste modo de preparo, consumi o chá de outras formas, como também fiz uso da fruta da graviola, a forma que citei anteriormente encontrei na internet, onde se comentava agir contra o câncer e ter comprovado seus efeitos quimioterápicos. Para o chá de ipê roxo utilizei o mesmo modo de preparo, porém usava a casca da árvore ao invés da folha, usei também o chá de malva que serve para infecção, onde era só colocar uma folha em um recipiente, e após colocar água quente e depois tomar, é quase a mesma coisa com o chá de carambola, onde com a água quente e a folha do pé faz o chá, mas esse você deixa esfriar. Assim como, fiz uso de duas plantas para a imunidade e anemia, uma é chamada de Ora-pro-nóbis que é uma folha bem pequena e que deve ser mastigada e engolida. Utilizei também o aveloz, onde se prepara em uma xícara com leite e três gotas deste aveloz. Para os sintomas associados usei alguns chás de alívio (NOTA DE CAMPO: Foram mencionados vários tipos de chás de alívio, para diversos fins pelos participantes, sendo eles: losna, vergamota, laranja, carqueja, malva, boldo), e outros que me indicavam e falavam que era bom. (BEATRIZ, FERNANDA, ISABELA, LUANA, MANUELA, MARIA E VITÓRIA). Como eu não esperava uma doença desta, me apeguei a Deus, pois ele sabe o que faz. Pode até ser alguma ação de Deus como uma provação, e assim verificar se estou firme em minha fé ou algo assim, eu costumo ir à igreja (católica/evangélica), e tenho fé nos santos, as vezes ele está me deixando cuidar de umas coisas aqui embaixo. (ALICE, LETÍCIA E MANUELA).

Poder x Doença: vivenciando a masculinidade no adoecimento pelo câncer

*Eu sou a síntese da experiência dos **homens** que participaram deste estudo que são acometidos por neoplasias malignas em geral. Eu não sei dizer como o câncer se forma, o que sei é que apareceu do nada e com muitos problemas, e é muito complicado. Começou com alguns sinais*

e sintomas e foram aumentando, assim fui fazer a biópsia e fui diagnosticado com neoplasia maligna, mas além disto criou umas ínguas e comecei a perceber em outros locais. E com o tempo começou a diarreia e a barriga ficou inchada, me sentia estufado, tanto que era tomar meio copo de água que já sentia isso. Posteriormente, notei que tinha sangue nas fezes, e assim passei a não me alimentar direito, em seguida estourou uma úlcera e acabei vomitando sangue. Havia dores no corpo inteiro, principalmente nas costas, pernas e na cabeça, assim vim fazer os exames. (ARTHUR, DAVI, GABRIEL, HEITOR, HENRIQUE E LUCAS).

Algo que pode ter relação com o surgimento da doença foram os remédios que eu tomava, sendo que eram 5 comprimidos para o baço e que pode ter machucado ainda mais. Essa doença pode ser da juventude, pois pode ter começado quando tinha vermes no intestino, e naquela época não tinha a tecnologia de hoje, e assim só notei quando ingeri comida com um azeite estragado que estava na frigideira, pois como é difícil cozinhar já que moro sozinho as comidas ficam alguns dias nos recipientes e aquele dia cheguei tarde e fiz tudo na vasilha e depois disso tudo piorou, então pode ter ocorrido disto também. Após minha internação a alimentação mudou, já iniciei com duas caixas de leite (fórmula láctea especial para alimentação). Eu poderia estar melhor, poderia até comer mais, porém ainda não consegui. (DAVI, ENZO E RAFAEL).

Há alguns anos eu bebia bastante, geralmente quando encontrava meu pai adotivo e não sei dizer o porquê, a mesma coisa com o cigarro acabava fumando com os colegas, com minha esposa, filha. Após um tempo parei, porém fumava passivamente e dizem por aí que fumar passivamente é muito pior, mas não acredito que a doença tenha se desenvolvido a partir disto. Eu tive sorte porque sempre entre as sessões de quimioterapia tomei pelo menos umas latas de cerveja, nunca me fez mal ou interrompeu algo, chegou até melhorar já que estou bem atualmente, hoje eu bebo uma cerveja, vinho, não posso dizer que não tomo, mas também não posso dizer que é vício. (DAVI, GUILHERME, GUSTAVO, JOÃO E MATHEUS).

Eu oro toda manhã, atualmente não vou muito a igreja, pois não consigo sair de casa, mas às vezes o pastor vem fazer uma oração. Espiritualmente estou bem, sempre falo a todos que se não fosse a doença a nossa família seria muito feliz, isso se não a mais feliz na terra, pois não tenho nada que me preocupe além disso. Se considerarmos as doenças que lutamos contra, além das misérias, fome, pessoas que pisam nas outras e pararmos para ler a bíblia, estará escrito que “você planta o bem, para colher o bem”, então a doença pode ser de algum pecado cometido ou ao contrário, uma redenção. (GABRIEL, MATHEUS, PEDRO E RAFAEL).

DISCUSSÃO

As características socioculturais e clínicas dos participantes são semelhantes a estudos sobre a temática^(13,14).

De acordo com a narrativa das mulheres, houve diversas mudanças em seu cotidiano a partir do diagnóstico da doença. Inicialmente aderiram ao tratamento proposto com o objetivo de evitar o avanço da patologia. Porém, na medida em que foram vivenciando surgem sinais e sintomas ditos como desconfortáveis, quando as mulheres buscam informações para lidarem com esta experiência.

Alterações físicas são provocadas pela neoplasia maligna, gerando alterações comportamentais, emocionais e fisiológicas, tornando as mulheres vulneráveis ao enfrentamento de conflitos, o que promove adaptações para vivenciarem o adoecimento,

mesmo que tal situação possa gerar sentimentos negativos e sofrimento para delas⁽¹⁵⁾. Há evidências que mulheres com maior escolaridade e/ou favorecidas economicamente preocupam-se mais com o tratamento da doença do que com as repercussões (sociais e psicológicas) associadas à enfermidade. Logo assumem atitudes e comportamentos mais saudáveis e buscam por informações para sanar queixas e/ou dúvidas⁽¹⁶⁾. Entretanto, apesar das mulheres desta investigação possuírem majoritariamente baixa escolaridade, a busca de conhecimento ocorreu, porém pode-se questionar a qualidade da informação obtida, acreditando-se que seu principal recurso de conhecimento é a cultura.

A alimentação é uma das preocupações mais visíveis neste momento, pois a doença e seus tratamentos em algum momento geram náuseas, vômitos e inapetência. Alimentar-se já não era como antes. Mesmo algumas delas considerando que já se alimentavam de forma saudável, há uma releitura do que é “alimentação saudável”, baseando-se no conhecimento difundido popularmente, tais como na redução da ingestão de gordura, a busca na internet de informações em saúde, e o uso de terapias complementares como o uso de distintos chás no cotidiano.

A mudança de dieta apresentada pelas participantes, apesar de estar associada ao seu conhecimento popular, apresenta alguns padrões de alimentação propostos no *Dietary Reference Intakes*, importante documento sobre alimentação saudável⁽¹⁷⁾. Entretanto, por se tratar de uma perspectiva popular, é notório que há uma releitura de acordo com cada contexto cultural em que a participante está inserida. A mudança de comportamento é entendida como elemento para a continuidade do cotidiano, sendo assim, para manter o ritmo de vida é necessário avaliar o que se come e como se age⁽¹⁸⁾.

As mulheres, ao relatarem o uso das terapias complementares, as descreviam com muita propriedade teórica para uso. Sabe-se que as mulheres culturalmente são responsáveis pelo cuidado, logo a apreensão e o repasse de conhecimento fazem parte do processo formativo do gênero feminino. O emprego de plantas medicinais é comumente utilizado no cuidado à saúde, reconhecida como cuidado cultural geralmente praticado por mulheres idosas⁽¹⁹⁾.

Por se tratar de um grupo popular predominantemente cristão, é possível identificar também que as mulheres buscaram suporte na religião, seja para entender seu adoecimento, ou como medida de conforto para as adversidades vivenciadas. O “*Coping* religioso/espiritual” é recorrente em investigações com pacientes oncológicos, pois alivia o estresse e os problemas ocasionados pela doença, promove adaptações positivas, e produz sentidos sobre “ser/estar doente”⁽¹⁸⁾.

Neste cenário, é possível inferir que as mulheres lidam com a doença e seus tratamentos a partir das repercussões vivenciadas pelos sinais e sintomas percebidos em seus corpos. Logo, estas vivências representam mudanças no curso de suas vidas, entendidas como desconfortáveis, porém que as fazem seguir firmemente o tratamento médico e popular, fundamentando-se na ideia de que são necessárias para a recuperação e manutenção de sua saúde.

Diante do exposto, a saúde é prioridade e sua manutenção é necessária, mesmo que as exponham a situações extenuantes para alcançar o bem-estar psicossocial e a promoção de sua saúde⁽¹⁶⁾. Considerar os relatos de adoecidos pelo câncer é atender à integralidade de suas demandas durante a oferta do cuidado⁽²⁰⁾.

As mulheres referem preocupação constante com o avanço da doença, ou seja, receio do descontrole, o que promove a mudança de comportamento para que tudo permaneça dentro de um espaço controlado pela medicina e pelo conhecimento popular. Essa tentativa de busca constante pelo equilíbrio do corpo e conseqüentemente pela obtenção da cura, coloca as mulheres em situação de vulnerabilidade, onde parece ser necessária sua submissão a uma situação desconfortável em prol de uma vida saudável.

A mudança de comportamento entre mulheres adoecidas geralmente está associada à busca de cuidado em saúde, evitando-se principalmente danos físicos em seus corpos⁽²¹⁾. Uma vez que as mulheres são educadas culturalmente para cuidarem mais de seus corpos do que os homens. Pensar em complicações causadas pela doença e seus tratamentos pode causar um impacto identitário, ou seja, atitudes antes consideradas normais parecem não fazer mais sentido, e assim, há uma mudança em suas perspectivas e/ou compreensões sobre seu estado atual de saúde, colocando as mulheres em situações de vulnerabilidade⁽¹⁸⁾, como na submissão a ou questionamento dos tratamentos tradicionais e populares.

Conforme a síntese narrativa dos homens, foi evidenciado que identificam o adoecimento também a partir dos sinais e sintomas. Entretanto, fica subentendido que há uma protelação na busca dos serviços de saúde quando expressam o termo “aumentar”, ou seja, a busca ocorre após a exacerbação da sintomatologia, momento em que se estabelece uma ameaça a sua vida. Depois da busca e diagnóstico do câncer, os homens entram em processo de vigilância, passando a observar o funcionamento do seu corpo, e a identificar qualquer alteração que para eles possa estar relacionada com a doença.

A entrada dos homens nos serviços de saúde no Brasil ocorre geralmente pelos serviços de urgência e emergência, tendo em vista que seu problema de saúde já necessita de atenção especializada⁽²²⁾. Lidar com alterações no corpo é um desconforto para a população masculina,

o que gera uma resistência em seu cuidado e a busca tardia pelos serviços de saúde, evidenciando-se a necessidade de medidas diferenciadas para a adesão ao cuidado em saúde⁽²³⁾.

Os homens destacam que o adoecimento surgiu de alguns comportamentos, dentre eles o tabagismo e a má alimentação. Ao mencionarem a ingesta alimentar, afirmam que antes do diagnóstico não controlavam sua dieta, fazendo o consumo de alimentos com alto teor de gordura, este um dos fatores relacionados por eles ao câncer, sendo o consumo desses alimentos o principal elemento na mudança alimentar.

Ao se investigar homens e suas percepções sobre hábitos alimentares e o adoecimento oncológico, identificou-se que o conhecimento alimentar deles não era suficiente para aderir a dietas de modo efetivo⁽²⁴⁾, apesar de ocorrerem mudanças. A mudança alimentar masculina ocorre com a redução do consumo de sal, da gordura da carne de gado, e da pele do frango⁽²⁵⁾, elementos culturalmente disseminados na sociedade brasileira.

Apesar dos homens fumantes descreverem que haviam interrompido o uso de tabaco, consideram que ainda estão expostos a esta condição de tabagista, pois são “fumantes passivos”. Dessa forma pode-se perceber que reconhecem que os componentes químicos relacionados ao uso do tabaco são prejudiciais à saúde, e podem predizer a formação tumoral, porém não consideram que a doença possa ter surgido exclusivamente deste fator.

Diversos indivíduos adoecidos por câncer possuem conhecimento sobre o tabaco e suas repercussões negativas para a saúde, porém ainda fazem uso para lidarem com privações cotidianas, como o controle de emoções, atitude comum no sexo masculino^(26,27).

É interessante destacar que, diferentemente do tabaco, o consumo de álcool não é reconhecido pelos homens como fator preditor da doença, pois relatam que a ingestão de bebida alcoólica é interrompida total ou parcialmente durante o tratamento, apesar de alguns consumirem entre as sessões de quimioterapia antineoplásica. O etilismo é descrito como social e não dependente, mas as narrativas apresentam o teor de necessidade de consumo em algum momento, talvez pela representação que a bebida alcoólica possui para a sociedade ocidental.

Autores que investigaram o consumo de álcool entre pacientes oncológicos evidenciaram a recorrência do referido hábito, mesmo com repercussões negativas para o tratamento e o prognóstico da doença^(26,28). Logo, o consumo do álcool, presente principalmente na cultura masculina, é um indício de que este grupo está vulnerável durante o adoecimento, enquanto mulheres mudam radicalmente seus hábitos de vida para seguirem o tratamento.

Para os homens, a doença alcançou patamar distinto dos demais problemas que eles possivelmente vivenciam no cotidiano. Sendo assim, é mencionado pelo grupo que se não houvesse a enfermidade suas vidas estariam normais, colocando-se em ênfase que a

enfermidade alterou consideravelmente, e de modo negativo, sua relação com o mundo social. Por conseguinte, para lidarem com o adoecimento há uma reinterpretação do momento, sendo a doença e seus tratamentos entendidos como erros cometidos (pecados) e sua redenção.

Em pesquisa realizada com homens, eles afirmam que o câncer é o único fator limitante e de dificuldade para sua vida. Evitam reconhecer suas fragilidades e limitações impostas pela doença e tratamentos, comportamento este dito cultural⁽²⁹⁾. A religiosidade/espiritualidade é uma estratégia positiva utilizada neste contexto, logo estimular e facilitar o acesso a ela pode promover benefícios a este grupo⁽³⁰⁾.

Em súmula, para os homens, a doença e seus tratamentos representam mudanças, contudo estas parecem ser negociadas com sua experiência de vida e seu grupo cultural. Apesar da doença ter sentido negativo e impor mudanças nos seus cotidianos, os homens procuram transparecer a ideia de controle durante o tratamento, o que significa demonstração de poder até no adoecimento, o que indiretamente os expõe à situação de vulnerabilidade, tendo em vista que na prática não há controle sobre o curso da doença.

Para a cultura masculina, sobretudo para homens jovens, o cuidado à saúde é um papel feminino, logo aos homens emprega-se o atributo de força em oposição à fraqueza, sendo esta última a responsável pelo adoecimento⁽³¹⁾. Assim, a vulnerabilidade é indiretamente compartilhada e validada pelo grupo masculino.

Em síntese, homens e mulheres apresentam questões de gênero diferentes, mesmo diante do adoecimento pela mesma patologia. A experiência com a enfermidade é um processo objetivo, mas sua vivência é subjetiva, sendo que as mulheres buscam a submissão em detrimento da cura, e os homens, mesmo almejando também a cura, buscam demonstrar controle sobre seu processo de adoecimento, ambos defendidos por seus elementos culturais.

Apesar dos avanços sociais vivenciados pela comunidade ocidental, a cultura construída e herdada ao longo dos anos impõe às mulheres a vivência de situações de submissão ao gênero masculino em diversos contextos, como na ideia do casamento para alcance de status social de prestígio, de suporte financeiro e proteção física, apesar de estarem sujeitas à violência do parceiro⁽³²⁾. Portanto, a ideia de submissão perpassa diversas dimensões do seu cotidiano. Para esta investigação, está em aceitar e admitir o sofrimento causado pela doença e seus tratamentos sem questionar, com o objetivo da cura, visibilizando sua vulnerabilidade de gênero.

Em contrapartida, a vulnerabilidade apresentada pelos homens se dá ao fato de o adoecimento empregá-los atributos femininos, como fraqueza e sentimentalismo, elementos culturalmente internalizados e praticados no cotidiano do “ser mulher”. Esta ideia é corroborada por estudo com homens com câncer de mama, em que foi identificado nas falas dos

participantes a incoerência na ideia de não se importar em estar com uma “doença de mulher” e ao mesmo tempo sentir-se desconfortável com a pressão social gerada ao compartilharem seu diagnóstico⁽³³⁾. Sendo assim, no contexto do adoecimento do homem com câncer, há uma tendência de não assumir suas fragilidades, tornando-o vulnerável a experiências negativas.

Os gêneros em estudo são vulneráveis, todavia, as mulheres se reconhecem como tal e por isso vivenciam um constante processo de vigilância do seu corpo, enquanto os homens não se declaram como vulneráveis, pois esta característica não atende ao estereótipo masculino valorizado em sua cultura. Portanto, mulheres sabem o que fazer e como fazer para cuidarem de seu corpo a fim de evitar agravos, mas os homens aprendem a cuidar de si durante o processo de adoecimento, quando se sentem ameaçados na defesa de suas masculinidades.

Para a medicina, ser vulnerável é estar propenso a desenvolver um problema de saúde. Logo, para ser reconhecido como tal, é necessário possuir atributos que isoladamente ou em conjunto colocam o indivíduo em um limiar tênue entre o normal e o patológico. Identificar os atributos relacionados as vulnerabilidades é expor as fragilidades do ser humano, que podem ser culturais, ou seja, construídas e compartilhadas nos distintos contextos sociais⁽³⁴⁾. É válido ressaltar que a vulnerabilidade é um conceito construído de modo multidimensional. A ele estão associados a maneira como o indivíduo se comporta, suas características culturais, socioeconômicas e políticas, sendo que todas se inter-relacionam no processo de saúde-doença⁽³⁵⁾, proporcionando diferentes experiências na enfermidade. Portanto, estar vulnerável ao câncer não é apenas ter alteração genética, maus hábitos alimentares ou estar exposto a um ambiente degradante, mas também reconhecer que os papéis de gênero influenciam a forma como homens e mulheres lidam com o adoecimento, ou seja, que a cultura do ser homem ou mulher interfere em suas experiências.

Limitações da pesquisa

As limitações deste estudo relacionam-se à observação participante realizada exclusivamente na instituição de saúde, o que pode influenciar a apreensão da cultura dos participantes. Destaca-se que esta limitação foi devida ao hospital ser referência para o atendimento oncológico para os três estados do Sul do Brasil, atendendo pacientes de diversas e distantes localidades, o que inviabilizou a coleta de dados em domicílio.

Contribuições para a enfermagem

Reconhecer as vulnerabilidades entre os gêneros perante a situação do adoecimento oncológico é importante para que os enfermeiros possam repensar sua prática de cuidado,

estabelecendo medidas que considerem os distintos gêneros, além dos investigados nesta pesquisa, pois se tem ratificado que eles apresentam diferentes demandas a serem sanadas em sua integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo dos itinerários terapêuticos de mulheres e homens propiciou identificar a existência de comportamentos vulneráveis para ambos. As mulheres reconhecem suas fragilidades e buscam o acompanhamento rigoroso do cuidado em saúde. Entretanto, o conceito de vulnerabilidade considera mais elementos do que características biológicas (obtenção da cura), deixando as mulheres vulneráveis de maneira psicológica e social. Contrapondo-se a esta evidência, homens são vulneráveis justamente por não se reconhecerem desta forma. Logo manifestam atitudes e comportamentos que interferem diretamente no curso da doença, na sua forma de relacionar-se com o mundo social e consigo mesmo, ou seja, com suas masculinidades.

Por se tratar do estudo das vulnerabilidades entre os gêneros em sua binaridade (feminino e masculino), reconhece-se a necessidade de futuros estudos para ampliar a compreensão de como os demais gêneros comportam-se durante a enfermidade, pois esse corpus de conhecimento poderá subsidiar políticas de saúde integrais para os distintos adoecidos pelo câncer nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2021. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, Atlanta, v. 71, n. 1, p. 7-33, 2021. doi: 10.3322/caac.21654.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2020.
3. Girardon-Perlini NMO, Angelo M. The experience of rural families in the face of cancer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília-DF, v. 70, n. 3, p. 550-557, 2017. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0367.
4. Araújo JS, Zago MMF. Masculinities of prostate cancer survivors: a qualitative metasynthesis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília-DF, v. 72, n. 1, p. 240-249, 2019. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0730.
5. Campos EA, Castro LM, Cavalieri FES. “Uma doença da mulher”: experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolau. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu-SP, v. 21, n. 61, p. 385-396, 2017. doi: 10.1590/1807-57622016.0159.

6. Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2019; 43(spe7): 204-221. doi: 10.1590/0103-11042019s716.
7. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro-RJ, v. 21, n. 3, p. 843-851, 2016. doi: 10.1590/1413-81232015213.08572015.
8. Foletto EF, Jackisch SE, Dotto ML, Severo C, Pappen E, Valim ARM, Renner JDP, Possuelo LG. Therapeutic itinerary of colorectal cancer patients treated in the state of Rio Grande do Sul. *J. Coloproctol. (Rio J.)*, Rio de Janeiro v. 36, n. 2, p. 91-96, June 2016. doi: 10.1016/j.jcol.2016.03.008.
9. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172p.
10. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTD, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *ACTA*;34:eAPE02631. doi: 10.37689/actape/2021AO02631.
11. Cruz EV, Higgin BG. The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Res.* 2013;20(4):36-43.
12. Kleinman A. *Patients and healers in context of culture: an exploration of the Bordelam between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980. 427 p.
13. Clarke V, Braun V. Thematic analysis. *J Posit Psychol.* 2017 Dec;12(3):297-98. doi: 10.1080/17439760.2016.1262613.
14. Brito DTF, Macêdo EL, Agra G, Andrade FLM, Formiga NS, Costa MML. Perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico de pacientes com feridas neoplásicas. *Revista Enfermagem Atual*, [s. l.], v. 10, n. 6, p. 88-97, 2017 [cited 2020 apr 29]. Available from: <http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/download/556/527>.
15. Milagres MAS, Mafra SCT, Silva EP. Repercussões do câncer sobre o cotidiano da mulher no núcleo familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá-PR, v. 15, n. 4, p. 738-745, 2016 [cited 2020 apr 29]. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/29893/1846>.
16. Lopes JV, Bergerot CD, Barbosa LR, Calux NMCT, Elias S, Ashing KT, Domenico EBL. Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2916-2921, Dec. 2018. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0081.
17. Ferreira IB, Marinho EC, Custódio IDD, Gontijo CA, Paiva CE, Crispim CA, Maa YCPM. Consumo alimentar e estado nutricional de mulheres em quimioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 7, pp. 2209-2218. doi: 10.1590/1413-81232015217.05412015.

18. Machado MX, Soares DA, Oliveira SB. Meanings of breast cancer for women undergoing chemotherapy. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 27, n. 03, pp. 433-451. doi: 10.1590/S0103-73312017000300004.
19. Fernandes ETBS, Nascimento ER, Ferreira SL, Coelho EAC, Silva LR, Pereira COJ. Prevenção do câncer do colo uterino de quilombolas à luz da teoria de Leininger. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 39, e2016-0004, 2018. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2016-0004.
20. Oliveira TSG, Neris RR, Santos LNT, Teixeira RG, Magnabosco P, Anjos ACY. Perfil de mulheres com câncer de mama tratadas com quimioterapia. *Journal of Nursing UFPE on line*, Pernambuco-RE, v. 10, n. 11, p. 4097-4103, 2016. doi: 10.5205/1981-8963-v10i11a11496p4097-4103-2016.
21. Vale CCSO, Dias IC, Miranda KM. Câncer de mama: a repercussão da mastectomia no psiquismo da mulher. *Mental*, Barbacena, v. 11, n. 21, p. 527-545, dez. 2017 [cited 2020 apr 29]. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200014&lng=pt&nrm=iso.
22. Barbosa CS. Resignificando conceitos relacionados ao câncer de próstata, ênfase À prevenção. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, [S. l.], 2015 [cited 2020 apr 29]. p. 18. Available from: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/4198>.
23. Modesto AAD, Lima RLB, D'angelis AC, Augusto DK. A not-so-blue November: debating screening of prostate cancer and men's health. - *Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2017. doi: 10.1590/1807-57622016.02880.
24. Oliveira PSD, Queiroz PSF, Lima CCM, Rocha RMB, Barbosa HA, Vieira I. Percepção de homens sobre a influência da alimentação no câncer de próstata. *Revista Enfermagem Atual*, v. 90, n. 28, 2019 [cited 2020 apr 29]. Available from: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/568>.
25. Brito DA, Maynard DC. Avaliação da relação entre nutrição e câncer: Uma visão do impacto no estado nutricional e qualidade de vida de pacientes oncológicos. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 169-175, 2019 [cited 2020 apr 29]. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiurojKmY7pAhUIJbkGHf1kAEsQFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Frevista.nutricion.org%2FPDF%2FAQUINO.pdf&usg=AOvVaw3cP38LbFHGZPJpBo84rbwF>.
26. Avelar JMP, Nicolussi AC, Toneti BF, Sonobe HM, Sawada NO. Fadiga em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: estudo prospectivo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 27, e3168, 2019. doi: 10.1590/1518-8345.2813-3168.
27. Monteiro LV, Silva ÍR, Moura CO, Silva MM. Significados atribuídos pelo homem acerca da relação entre o tabagismo e o adoecimento por câncer. *Cogitare Enfermagem*, Paraná-PR, v. 24, 2019. doi: 10.5380/ce.v24i0.61384.

28. Kfouri AS, Neto JE, Koifmaniii S, Curado MP, Menezes A, Daudt AW, Filho VW. Fração de câncer de cabeça e pescoço atribuível ao tabaco e ao álcool em cidades de três regiões brasileiras. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo-SP, v. 21, 2018. doi: 10.1590/1980-549720180005.
29. Amaral DED, Muniz RM, Cardoso DH, Noguez PT, Fagundes RF, Viegas AC. Câncer de mama masculino: O contexto do sobrevivente. *Journal of Nursing UFPE on line*, Pernambuco-RE, v. 11, n. 5, 2017 [cited 2020 apr 29]. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23324/18911>.
30. Matos TDS, Maneguin S, Ferreira MLS, Miot HA. Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 25, e2910, 2017. doi: 10.1590/1518-8345.1857.2910.
31. Martins ERC, Medeiros AS, Oliveira KL, Fassarella, Moraes PC, Spíndola T. Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. *Esc. Anna Nery*, v. 24, n. 1, e20190203, 2020. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2019-0203.
32. Wringe A, Yankah E, Parks T, Mohamed O, Saleh M, Speed O, Hémono R, Relyea B, Ibrahim M, Sandhu JS, Scott J. Altered social trajectories and risks of violence among young Syrian women seeking refuge in Turkey: a qualitative study. *BMC Women's Health*, [s. l.], v. 19, n. 1, 2019. doi: 10.1186/s12905-019-0710-9.
33. Nguyen TS, Bauer M, Maass N, Kaduszkiewicz H. Living with Male Breast Cancer: A Qualitative Study of Men's Experiences and Care Needs. *Breast Care*, [s. l.], v. 15, n. 6, 2020. doi: 10.1159/000501542.
34. Bolina AF, Rodrigues RAP Tavares DMS, Haas VJ. Factors associated with the social, individual and programmatic vulnerability of older adults living at home. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.53, e03429, 2019. doi: 10.1590/s1980-220x2017050103429.
35. Barbosa KTF, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):337-44. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0728.

Aqui finda o material que será enviado a revista brasileira de enfermagem (REBEn) conforme as regras presentes no Anexo B.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a atual pesquisa foi possível interpretar como os homens e mulheres da região do oeste catarinense entendem o seu processo de adoecimento, e a partir das narrativas construídas se identificou as divergências entre os dois gêneros e a construção dos itinerários terapêuticos dos participantes se tornou narrada com as suas especificidades. Onde os homens não se entendem ou reconhecem como adoecidos em sua totalidade, tornando-os vulneráveis por este pensamento, enquanto as mulheres sentem-se mais vulneráveis em relação a questões psicológicas e sociais, sendo assim, ambos se comportam e manifestam de uma forma que interfere no curso da doença, e que interfere na forma como estes indivíduos se relacionam com outros e com o mundo social.

Por se tratar do estudo das vulnerabilidades entre os gêneros em sua binaridade (feminino e masculino), reconhece-se a necessidade de futuros estudos para ampliar a compreensão de como os demais gêneros comportam-se durante a enfermidade, pois esse corpus de conhecimento poderá subsidiar políticas de saúde integrais para os distintos adoecidos pelo câncer nos serviços de saúde.

Estudos nesta perspectiva ainda são déficits na literatura científica, deste modo, encontrar pesquisas que tenham semelhança com o tema abordado foi um desafio. Portanto, se reconhece que outros estudos nesta linha interpretativa devem ser desenvolvidos para elucidar cada vez mais as relações entre gênero, cultura e adoecimento.

Ressalto também, que esta investigação ampliou minha visão para com o adoecido e as suas subjetividades, pois demonstrou que cada indivíduo entende a sua doença a partir de sua história de vida e a cultura aprendida, onde este terá uma tomada de decisão conforme as suas perspectivas de vida e gênero, sendo elas por vezes equivocadas ou não. Cabe aos profissionais de saúde que atendem estes indivíduos, ampliar a visão de cuidado em buscar de proporcionar o cuidado integral em saúde.

REFERÊNCIAS

1. ALVARES, Daniele Andreia. Tratamentos antineoplásicos: foco na perspectiva holística da fé como agente terapêutico. **Pubsaúde**, 4, a066, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude4.a066>. Acesso em: 08 de maio de 2021.
2. ALVES, Paulo César B; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 125-38.
3. AMARAL, Carlos Eduardo; ONOCKO-CAMPOS, Rosana; OLIVEIRA, Pedro Renan Santos de; PEREIRA, Mariana Barbosa; RICCI, Éllen Cristina; PEQUENO, Mayrá Lobato; EMERICH, Bruno; SANTOS, Roseléia Carneiro dos, THORNICROFT, Graham. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. **Int J Ment Health Syst**. v.12, n.65, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0237-8>. Acesso em: 04 dez. 2020.
4. ARAÚJO, Jeferson Santos; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Masculinidades de sobreviventes de câncer de próstata: uma metassíntese qualitativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 72, n. 1, p. 240-249, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100231&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04 dez. 2020.
5. BARRETT, Aileen; KAJAMAA, Anu; JOHNSTON, Jenny. How to ... be reflexive When conducting qualitative research. **The Clinical Teacher**. v.17 n.1, pág. 9-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/tct.13133>. Acesso em: 08 de maio de 2021.
6. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.
7. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510 de 07 de abril de 2016**. Diário Oficial da União, Brasília, 2016.
8. BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. **Como surge o câncer?**. Brasília. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/como-surge-o-cancer>. Acesso em: 08 de maio de 2021.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: **Incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2020.
10. CAMPOS, Edemilson Antunes de; CASTRO, Lidiane Mello de; CAVALIERI, Francine Even de Sousa. “Uma doença da mulher”: experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolau. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 21, n. 61, p. 385-396, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0159>. Acesso em: 04 dez. 2020.
11. CAROSO, Carlos; RODRIGUES, Núbia; ALMEIDA-FILHO, Naomar. “Nem tudo na vida tem explicação”: explorações sobre causas de doenças e seus significados. In: LEIBING, A. **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU, 2004. p. 145-173.

12. CLARKE, Victoria e BRAUN, Virginia. Thematic analysis, **The Journal of Positive Psychology**. 2017; 12:3, 297-298. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>. Acesso em: 08 de maio de 2021.
13. CONCEIÇÃO, V.M. **A experiência do câncer peniano e seus tratamentos na perspectiva dos adoecidos**. 2016. 181 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-04052017-164204/pt-br.php>. Acesso em: 04 dez. 2020.
14. DEMÉTRIO, Fran; SANTANA, Elvira Rodrigues de; PEREIRA-SANTOS, Marcos. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe7, p. 204-221, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001200204&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 de maio de 2021.
15. GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; ANGELO, Margareth. A experiência de famílias rurais frente ao adoecimento por câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 70, n. 3, p. 550-557, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000300550&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 04 dez. 2020.
16. HEYES, S.M.; HARRINGTON, A.; BOND, M.J.; BELAN I. The lived experiences of people with bladder cancer and their partners. **Cancer Nursing Practice**. v.13, n.9, p. 25-30, 2 out. 2014. Disponível em: <https://journals.rcni.com/cancer-nursing-practice/the-lived-experiences-of-people-with-bladder-cancer-and-their-partners-cnp>. 13.9.25.e1130. Acesso em: 04 maio de 2021.
17. KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5). Acesso em: 04 dez. 2020.
18. KLEINMAN, Arthur. Patients and healers in context of culture: an exploration of the Bordelam between Anthropology, **Medicine and Psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1980. 427 p.
19. MARTINS, Wolney de Andrade; ROSA, Maria Luiza Garcia; MATOS Ricardo Cardoso de; SILVA, Willian Douglas de Souza; JORGE, Antonio José Lagoeiro; RIBEIRO, Mario Luiz; SILVA, Eduardo Nani. Tendência das Taxas de Mortalidade por Doença Cardiovascular e Câncer entre 2000 e 2015 nas Capitais mais Populosas das Cinco Regiões do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**. vol.114 no.2 São Paulo Feb. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20180304>. Acesso em: 8 de maio de 2021.
20. MECHANIC, David; VOLKART, Edmund H. Stress, illness behavior, and the sick role. **American Sociological Review**, v.26, p. 86-94,1960. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2090512>. Acesso em: 8 de maio de 2021.

21. MISSEL, Malene; BIRKELUND, Regner. Ricoeur's narrative philosophy: A source of inspiration in critical hermeneutic health research. **Nursing Philosophy**. v.21 n.2.e12254, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nup.12254>. Acesso em: 08 de maio de 2021.
22. MUHL, Camila. O itinerário terapêutico da pessoa com transtorno mental: pontos de inflexão. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 12, n. 3, p. 198-216, dez 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912020000300013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 de maio de 2021.
23. PERES, Vannúzia Leal A. Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 145-148, jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932019000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 de maio de 2021.
24. SIEGEL, R.L.; MILLER, K.D.; FUCHS H.E.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2021. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Atlanta, v. 71, n. 1, p. 7-33, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21654>. Acesso em: 01 maio. 2021.
25. SILVA, Luciano Ferreira; RUSSO, Rosária de Fátima Segger Macri. Aplicação de entrevistas em pesquisa qualitativa. **Revista de Gestão e Projetos**. v.10, n.1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/gep/article/view/13285>. Acesso em: 08 de maio de 2021.
26. SILVA, Neide Emy Kurokawa e; SANCHO, Leyla Gomes; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 21, n. 3, p. 843-851, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000300843&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04 dez. 2020.
27. SOUZA, Virginia Ramos dos Santos; MARZIALE, Maria Helena Palucci; SILVA, Gilberto Tadeu Reis; NASCIMENTO, Paula Lima. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **ACTA**;34:eAPE02631. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>. Acesso em: 09 de maio de 2021.
28. TEIXEIRA, M. Z. Antropologia Médica Vitalista: uma ampliação ao entendimento do processo de adoecimento humano. **Revista de Medicina**, [S. l.], v. 96, n. 3, p. 145-158, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/110789>. Acesso em: 8 de maio de 2021.
29. WAKIUCHI, Julia, OLIVEIRA, Denize Cristina de; MARCON, Sonia Silva; Oliveira Magda Lúcia Felix de; SALES, Catarina Aparecida. Sentidos e dimensões do câncer por pessoas adoecidas - análise estrutural das representações sociais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 54, e03504, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100408&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 de maio de 2021.
30. MEYER, Dagmar Estermann; SILVA, André Luiz dos Santos. Gênero, Cultura e Lazer: Potências e Desafios dessa Articulação. **LICERE - Revista Do Programa De Pós-graduação Interdisciplinar Em Estudos Do Lazer**. 23(2), 480-502. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2447-6218.2020.24092>. Acesso em: 10 de maio de 2021.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA A ALTA DO PACIENTE ONCOLÓGICO

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Estratégias educativas para a alta do paciente oncológico”, desenvolvida pelo pesquisador Dr. Vander Monteiro da Conceição, docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) campus Chapecó.

Os objetivos centrais do estudo são: Interpretar os sentidos que enfermeiras, estudantes e pacientes empregam ao Programa de Extensão “Estratégias Educativas para a Alta do Paciente Oncológico”; e Interpretar os itinerários terapêuticos dos pacientes oncológicos e suas relações com a construção dos produtos educativos.

O convite a sua participação se deve a você ser maior de 18 anos, ser paciente oncológico, ou enfermeira da Unidade de Oncologia do Hospital Regional do Oeste (HRO), ou aluno do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), e ter envolvimento com o Programa de Extensão da “Estratégias educativas para a alta do paciente oncológico” na qualidade de ter recebido orientações para a alta hospitalar, ou desenvolvedor das atividades do referido programa.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo quando desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. Caso opte por participar, solicitamos que você escolha um nome fictício que o represente nesta pesquisa, ou nos autorize para a escolha dele.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em ser entrevistado durante aproximadamente uma hora para que possamos captar seu itinerário terapêutico (apenas para pacientes oncológicos), e compreender a perspectiva sobre a importância do programa de extensão para todos os participantes. Destacamos que poderá ser necessário fazer mais de uma entrevista. Serão também coletadas informações socioculturais e clínicas para que possamos realizar o perfil dos participantes. Para os pacientes oncológicos, poderão ser utilizadas as informações registradas em prontuário que nos auxilie a traçar o seu perfil.

As entrevistas serão armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de poder expor seus sentimentos com privacidade sem receio de represália, assim como obter informações sobre sua condição de saúde durante a etapa de elaboração do perfil. Enquanto, o risco deste estudo compõe o constrangimento durante uma entrevista ou uma observação.

As múltiplas entrevistas justificam a redução do risco de constrangimento, pois a medida em que os pesquisadores se aproximam do entrevistado, ele tem mais confiança em expor seus sentimentos. Dessa forma, não há invasão de privacidade, uma vez que o participante irá fornecer os dados necessários para esta pesquisa paulatinamente. Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

_____, ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável:

Pesquisador: Prof. Dr. Vander Monteiro da Conceição.

Tel.: (49) 2049 6552. E-mail: vander.conceicao@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899 - Chapecó - Santa Catarina – Brasil.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS:

Tel. e Fax: (49) 2049 3745. E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS – Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó - Santa Catarina – Brasil.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

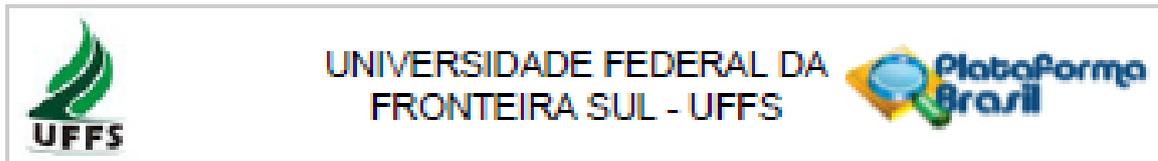
Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – Dados socioculturais e clínicos

Nome:
Nome fictício:
Idade:
Gênero:
Estado civil:
Número de filhos:
Escolaridade:
Ocupação:
Renda familiar em salários-mínimos:
Religião:
Tipo de neoplasia:
Tratamentos fitoterápicos utilizados:
Outras informações relevantes:

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA A ALTA DO PACIENTE ONCOLÓGICO**Pesquisador:** Vander Monteiro da Conceição**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 90370818.1.0000.5564**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.847.541**Apresentação do Projeto:****TRANSCRIÇÃO DO PROTOCOLO NA PLATAFORMA BRASIL*****Resumo:**

O câncer é um problema de saúde pública em diversos países, que tende a crescer principalmente devido ao envelhecimento da população mundial. Estar com câncer, e vivenciar o adoecimento do outro pelo câncer são fenômenos desafiadores, pois na sociedade oriental o câncer é uma doença estigmatizada negativamente. Neste cenário, professores da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) propuseram o Programa de Extensão "Estratégias Educativas para a Alta do Paciente Oncológico" que está sendo executado no Hospital Regional do Oeste (HRO), com fins de melhoria da qualidade do cuidado e aperfeiçoamento da formação profissional. Em contrapartida, elaboramos o presente projeto de pesquisa interpretar os sentidos que enfermeiras, estudantes e pacientes oncológicos empregam ao referido programa de extensão e; interpretar os itinerários terapêuticos dos pacientes oncológicos e suas relações com a construção dos produtos educativos. A pesquisa tem como referencial teórico a Antropologia Médica, com foco na cultura e subjetividade. Será realizada com pacientes oncológicos, enfermeiras da Unidade de Oncologia do HRO e com Estudantes de Enfermagem da UFFS que participaram do programa de extensão em estudo. Estes que serão entrevistados em profundidade e os dados serão analisados de acordo com a técnica de análise indutiva. "

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

CEP: 89.015-000

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 2.047.541

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO DO PROTOCOLO NA PLATAFORMA BRASIL

***Objetivo Primario:**

1) Interpretar os sentidos que enfermeiras, estudantes e pacientes empregam ao Programa de Extensão "Estratégias Educativas para a Alta do Paciente Oncológico";2) Interpretar os Itinerários terapêuticos dos pacientes oncológicos e suas relações com a construção dos produtos educativos.

Objetivo Secundario:

1) Descrever os aspectos socioculturais e clínicos dos participantes;2) Identificar os sentidos empregados ao programa de extensão segundo as enfermeiras, estudantes e pacientes oncológicos;3) Descrever os itinerários terapêuticos dos pacientes oncológicos atendidos no programa de extensão;4) Identificar a lógica da construção dos produtos educativos para a alta do paciente oncológico."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO DO PROTOCOLO NA PLATAFORMA BRASIL

***Riscos:**

O risco deste estudo compõe o constrangimento durante uma entrevista ou uma observação. As múltiplas entrevistas justificam a redução do risco de constrangimento, pois a medida em que os pesquisadores se aproximam do entrevistado, o mesmo tem mais confiança em expor seus sentimentos. Dessa forma, não há invasão de privacidade, uma vez que o participante irá fornecer os dados necessários para esta pesquisa paulatinamente. Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais. Entretanto, em caso de constrangimento do participante durante a entrevista a mesma será interrompida e os dados serão devolvidos ao entrevistado não sendo utilizados nesta pesquisa. Em caso de desconforto emocional acima do aceitável será ofertado apoio psicológico ao participante.

Benefícios:

O benefício relacionado com a colaboração dos participantes nesta pesquisa é o de poder expor seus sentimentos com privacidade sem receio de represália, assim como obter informações sobre

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.015-800
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (41)2049-3745 E-mail: cep.uffa@uffa.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 2.747.541

sua condição de saúde durante a etapa de elaboração do perfil."

AVALIAÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS:

Os riscos e benefícios encontram-se adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, com temática de considerável impacto social para UFFS e região. A metodologia apresenta preocupação ética e encadeamento metodológico que viabiliza a avaliação pelo CEP, conforme preconiza a Resolução 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde encontram-se presentes.

Recomendações:

Não há sugestões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Pesquisador atendeu integralmente às pendências apontadas no Parecer número 2.725.721, de 20 de Junho de 2018. Logo, no momento, o protocolo não possui pendências éticas e/ou legais, de acordo com as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, estando autorizado a partir de agora a iniciar a etapa de coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

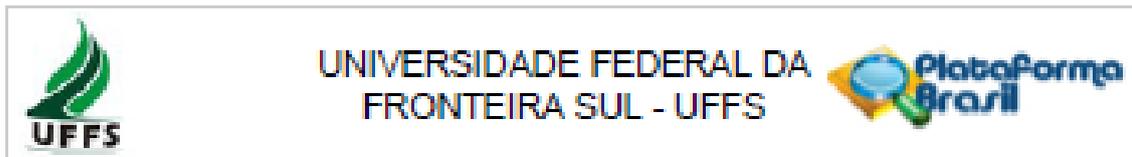
CEP: 89.015-800

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.647.541

fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.

2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

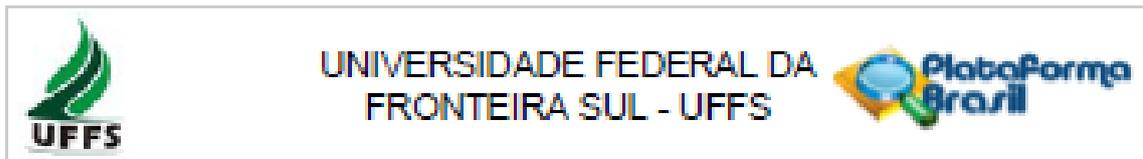
Contate a 'central de suporte' da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1134040.pdf	27/07/2018 15:05:14		Aceito
Outros	Carta_de_Reenvio.pdf	27/07/2018 15:04:00	Vander Monteiro da Conceição	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Aalterado.pdf	20/07/2018 11:06:07	Vander Monteiro da Conceição	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_Novo.pdf	20/07/2018 11:04:59	Vander Monteiro da Conceição	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista.pdf	20/07/2018 11:03:29	Vander Monteiro da Conceição	Aceito
Outros	Coleta_de_dados.pdf	11/05/2018 11:06:11	Vander Monteiro da Conceição	Aceito
Outros	Endereco_Lattes.pdf	11/05/2018 11:04:58	Vander Monteiro da Conceição	Aceito

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco de Bibliotecas - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.015-800
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.847.541

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	11/05/2018 11:03:19	Vander Monteiro da Conceição	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	---------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 27 de Agosto de 2018

Assinado por:
Valéria Silvana Faganello Madureira
 (Coordenador)

Endereço: Rodovia SC 494 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-000
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

ANEXO B - Regras para submissão de artigos na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)

Extraído de: <https://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm#003>

Artigos originais: estudos que agreguem informações novas para a área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria: ensaios clínicos randomizados, estudos de caso-controle, coorte, prevalência, incidência, estudos de acurácia, estudo de caso e estudos qualitativos. Os artigos originais devem conter um máximo de quinze (15) páginas, incluindo os resumos, 50 referências e até oito autores.

Os manuscritos somente serão aceitos, para avaliação, se estiverem rigorosamente de acordo com o modelo disponível nos Templates e preparados da seguinte forma:

Arquivo do Microsoft Office Word, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

O documento principal, sem identificação dos autores, deve conter:

Título do artigo: até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Componha seu título utilizando pelo menos 3 descritores;

Resumo e os descritores: resumo limitado a 150 palavras no mesmo idioma do manuscrito. Deverá estar estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais).

Descritores: devem ser inseridos logo abaixo do resumo. Incluir cinco descritores nos três idiomas (português, inglês e espanhol). Para descritores em português e espanhol devem ser extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br> e inglês do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ou <https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand>

Corpo do texto: consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito. A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.

Ilustrações: tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, entre outros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito e ser numeradas, consecutivamente, com

algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco.

Figuras e Tabelas Figuras: Devem ter obrigatoriamente legendas, sendo para figura a legenda deve ser na parte inferior e a identificação de tabelas e quadros deve estar na parte superior, seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários. As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3. ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

As ilustrações devem ser enviadas em seus arquivos editáveis originais dos programas de origem, ou exportados vetorizados nos formatos EPS ou PDF.

Abreviações devem ser inseridas por extenso em nota de rodapé da tabela e/ou figura.

Subtítulos: os subtítulos do Método e Discussão devem ser destacados em negrito conforme recomendação do CHECKLIST.

Fomento e Agradecimentos deverão ser citados antes do capítulo das referências. Em Fomento é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver). Esta informação deve ser inserida na versão final após aceite. Em Agradecimentos são opcionais às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na versão final após aceite.

Referências: o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e conforme o estilo indicado pelo Comitê Internacional de Editores Científicos de Revistas Biomédicas (ICMJE). Exemplos do estilo de Vancouver estão disponíveis por meio do site da National Library of Medicine (NLM) em Citing Medicine <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos. A REBEn sugere que 40% das referências sejam de revistas brasileiras, da coleção SciELO e RevEnf.