

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

EVELINE TREMÉA JUSTINO

A TRAJETÓRIA DO CÂNCER CONTADA PELA ENFERMEIRA: MOMENTOS DE  
REVELAÇÃO, ADAPTAÇÃO E VIVÊNCIA DA CURA

CURITIBA

2011

EVELINE TREMÉA JUSTINO

A TRAJETÓRIA DO CÂNCER CONTADA PELA ENFERMEIRA: MOMENTOS DE  
REVELAÇÃO, ADAPTAÇÃO E VIVÊNCIA DA CURA

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani

CURITIBA

2011

J96e Justino, Eveline Treméa

A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura / Eveline Treméa Justino; orientador, Maria de Fátima Mantovani – Curitiba, 2011.

111 f.: il.; 29 cm

Orientadora: Maria de Fátima Mantovani

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

1. Neoplasias intestinais. 2. Quimioterapia 3. Enfermeiro

NLM: WY156.6

## **Termo de aprovação**

Aos meus pais, José e Mairi, por todo o amor, por quem sou e por tudo o que  
alcancei.

Ao meu avô David (*in memoriam*).

À minha avó Rosa, exemplo de força, generosidade e carisma.

Aos meus primos Samara, Maiara, Vitória, Arthur e David, pela graciosidade,  
ternura, amor e alegria.

A toda a minha família, por compreender as minhas ausências.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela saúde, força, serenidade e perseverança a mim concedidas, ao longo desta caminhada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade, pelos competentes docentes e pela estrutura fornecida, imprescindível para a concretização deste sonho.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani, pela compreensão, paciência e dedicação, para a construção deste estudo.

A todos os integrantes do Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto (Gemsá), pelas correções e contribuições a este estudo. Muito obrigada!

Ao Gabriel, pela amizade, compreensão, afeto, mas principalmente por me apoiar e incentivar na conquista desse sonho.

Às amigas Sabrina, Karin, Júlia e Thaís, pelas palavras de conforto, pelos momentos de distração e pelo sorriso amigo.

Ao Dr.<sup>o</sup> Johnny Camargo, Dr.<sup>a</sup> Clarice Yamanouchi, Dr.<sup>o</sup> Fabrício Martinelli, Enfermeira Carla Gabardo, pelo apoio e compreensão durante essa jornada.

Aos pacientes, que gentilmente e prontamente aceitaram, em participar.

## RESUMO

JUSTINO, E. T.; MANTOVANI, M. F. **A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura.** 2011. 111 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, que teve como objetivo descrever as ações de cuidado realizadas pelos sujeitos antes, durante e após a quimioterapia antineoplásica, desenvolvida em uma clínica privada de oncologia, localizada na cidade de Curitiba, Paraná, durante o período de 2010 a 2011. A amostra foi constituída por dez sujeitos, adultos, de ambos os sexos, que foram submetidos à quimioterapia antineoplásica por câncer de intestino e que haviam terminado o tratamento há mais de três meses. A coleta dos dados ocorreu nos meses de janeiro a maio de 2011, foi empregada a técnica relatos de vida, mediante entrevista narrativa. A idade dos sujeitos variou de 35 a 60 anos, seis eram do sexo masculino e quatro do feminino, e uma característica peculiar foi o elevado grau de escolaridade. A confluência das falas e a percepção e interpretação do pesquisador possibilitaram a definição das categorias revelação, adaptação e vivência da cura. Na categoria “revelação”, identificou-se uma fase de constantes incertezas com a suspeita de que algo fora do normal estava acontecendo com seus corpos, mas ao mesmo tempo tentava fugir ou encontrar outras respostas para os sinais e sintomas. As ações de cuidado desenvolvidas neste período foram abandono de hábitos inadequados, busca por exames diagnósticos, preocupação com a família, entre outros. O diagnóstico de câncer de intestino desencadeia angústia, ansiedade e medo da possibilidade da morte. Após o impacto do diagnóstico, vem a fase de adaptação às novas situações impostas pelo câncer de intestino, repleta de alterações na rotina de vida, com acréscimo de ações de cuidado e com a prevenção aos efeitos colaterais da quimioterapia antineoplásica. Para além das orientações e cuidados oriundos dos profissionais da saúde, os sujeitos buscaram na medicina alternativa complementar novas estratégias de cuidado. Com o término do tratamento, o sujeito vivencia a cura mas ainda convive com o fantasma do câncer, demonstrado pelo medo da recidiva. O retorno ao trabalho foi uma forma de ocupação da mente a fim de evitar as lembranças da doença e, também, uma demonstração de que são capazes de voltar à rotina anterior. O enfoque principal desse estudo foram as ações de cuidado que o sujeito realiza em prol do seu bem-estar durante o tratamento do câncer de intestino. Estas puderam ser descritas nos relatos de vida obtidos, subsidiadas pelas informações repassadas pela equipe de saúde e transformadas de acordo com o conhecimento e experiências prévias dos sujeitos. Destaque para o enfermeiro, que, em sua prática profissional, orienta quanto à doença, tratamento, possíveis efeitos colaterais e cuidados necessários; também acolhe o sujeito e sua família, auxiliando no enfrentamento da doença, facilitando com isto a reabilitação.

Palavras-chave: Doença crônica. Neoplasias colorretais. Quimioterapia. Enfermagem oncológica. Prática profissional.

## ABSTRACT

JUSTINO, E. T.; MANTOVANI, M. F. **The trajectory of cancer told by the nurse, moments of revelation, adaptation and healing experience.** 2011. Dissertation [Nursing Master's Degree]. Federal University of Parana, Curitiba.

Qualitative case study research, which objectified to describe the caring actions performed by subjects before, during and after antineoplastic chemotherapy held at a private health clinic in Curitiba, Parana State/Brazil from 2010 to 2011. Sample entailed 10 subjects, adult males and females, who underwent antineoplastic chemotherapy due to intestinal cancer, and had discontinued the treatment over three months before. For data collection, the technique of life accounts was used with a narrative interview to obtain the accounts. Data analysis features the individual description of two cases with further analysis among those ten interviews. Subject age ranged from 35 to 60 years, six males and four females, being high educational level a unique trait among them. The confluence of the accounts as well as the researcher's perception and interpretation enabled the definition of categories as follows: revelation, adaptation and healing experience. The "revelation" category was identified as a phase of steady uncertainties, something abnormal was suspected to be going on with their bodies but, simultaneously, they tried to evade, to find other reasons for the signs and symptoms. The diagnosis of intestine cancer triggered anguish, anxiety and fear of the possibility of dying. It is pointed out that subjects reacted differently to the diagnosis depending on their living experiences. After the impact of the diagnosis, the adaptation phase imposed by the intestinal cancer follows, full of life routine changes added by caring and prevention measures to the side effects of antineoplastic chemotherapy which gives rise to the possibility of cure, free from cancer in spite of being a frightening treatment. Complementary to health professionals' guiding and care, subjects searched for new caring strategies in the alternative medicine. Finishing the treatment, subjects were still haunted by the cancer ghost, showing fear of a remission. Returning to work was one way of occupying the mind in order to avoid the memories of the illness, and it was also a way to show that they were able to return to their former life routine. It is pointed out that general commitment of the involved parts, that is, health professionals, subjects, family members, friends and support networks is deemed necessary for the success of the treatment as well as patients' well being. Nurses particularly stand out in their professional practice as they not only guide patients about the illness, treatment, probable side effects and necessary care, but also welcome patients and their families, helping disease coping, thus facilitating rehabilitation.

Key words: Chronic disease. Colorectal neoplasms. Chemotherapy. Oncological nursing. Professional practice.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

QUADRO 01 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS.....	38
--	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
2.1 DESCOBRINDO A DOENÇA .....	15
2.2 DIFERENTES CUIDADOS, UM ÚNICO OBJETIVO .....	19
2.3 O CÂNCER DE INTESTINO: DA DETECÇÃO AO TRATAMENTO .....	23
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>30</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	30
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	31
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO .....	32
3.4 OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS .....	32
3.5 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS .....	35
3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	37
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>38</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS .....	38
4.2 DESCRIÇÃO DE DOIS RELATOS .....	39
4.2.1 DESCRIÇÃO RELATO 01 .....	39
4.2.2 DESCRIÇÃO RELATO 02 .....	49
4.3 ANÁLISE DOS RELATOS DE VIDA .....	64
4.3.1 REVELAÇÃO .....	64
4.3.2 ADAPTAÇÃO .....	75
4.3.3 VIVÊNCIA DA CURA .....	89
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>99</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>106</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>111</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo está inserido na linha de pesquisa “Processo de cuidar em saúde e enfermagem”, que envolve a ação de cuidar e ser cuidado do ser humano, individualmente e/ou coletivamente, nas dimensões objetivas e subjetivas. Como tema central, tem-se a saúde do adulto com foco na doença crônica.

Dessa forma, cabe destacar a definição de doença crônica, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), consiste em doenças que apresentam uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma capacitação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

As doenças crônicas, de um modo geral, atingem pessoas no mundo todo e causam alguma alteração na vida desses indivíduos e de suas famílias de maneiras diversas, seja no momento do diagnóstico, na escolha do tratamento, nas mudanças de estilo de vida, na reabilitação, entre outras.

Entre as doenças crônicas não-transmissíveis, encontra-se o câncer, definido como um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações. Configura-se como um problema de saúde pública, e no Brasil, é considerado, desde 2003, a segunda causa de morte, representando quase 17% dos óbitos por motivo conhecido (BRASIL, 2009).

Neste trabalho, o enfoque principal será o câncer colorretal, tumor maligno que acomete o cólon e o reto, doravante chamado câncer de intestino, e que, epidemiologicamente, é o terceiro mais comum no mundo em ambos os sexos. No Brasil, para o ano de 2010, o número de casos novos foi estimado em 13.310 em homens e 14.800 em mulheres. Destaque para as regiões sul e sudeste, que apresentam o câncer de intestino como o segundo mais frequente nas mulheres e o terceiro nos homens, sem considerar o câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2009).

No estado do Paraná, a incidência deste câncer nas mulheres, para o ano de 2010, foi estimado em 1.030 casos novos, significando que a cada 100 mil mulheres, 18,72 poderão desenvolver câncer de intestino. As estatísticas foram

ainda piores para os homens, que era de 1.030 novos casos, com uma média de 19,07 casos a cada 100 mil homens (BRASIL, 2009).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a taxa de mortalidade deste tipo de câncer tem aumentado no país, tendo ocorrido um incremento médio anual da ordem de 3,5% entre 1979 e 2000 (BRASIL, 2003a), fator este atribuído, também, ao aumento da expectativa de vida da população.

De acordo com a Base de Dados do Inca, no período compreendido entre os anos de 2003 a 2007, entre o total de óbitos registrados por câncer no Brasil, o de intestino correspondeu a 6,2% em homens e 8,3% em mulheres. Em Curitiba, estas taxas corresponderam a 9,1% e 10,9%, para homens e mulheres, respectivamente, estando mais elevadas que a proporção nacional (BRASIL, 2010).

Outra informação relevante é o fato de o câncer que acomete o intestino ser considerado o mais frequente do aparelho gastrointestinal. Como característica, apresenta moderado a bom prognóstico (GUIMARAES; ROSA, 2008). Nos países desenvolvidos, a sobrevivência média global em cinco anos se encontra em torno de 55% e nos países em desenvolvimento em 40% (BRASIL, 2010).

Em relação aos níveis de prevenção, a primária envolve a identificação dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento do câncer e a modificação destes fatores para diminuição do risco. A secundária é o rastreamento da neoplasia ou de lesões precursoras em indivíduos sem sintomas. A identificação dessas lesões e sua remoção reduzem a incidência e a mortalidade do câncer de intestino, enquanto a prevenção terciária inclui o tratamento imediato da doença sintomática e suas complicações, evitando perda funcional, reabilitando precocemente (MOESINGER, 2006).

Esses dados causam grande impacto na população e mesmo com o célere avanço dos meios de comunicação na sociedade moderna, muitos estigmas envolvem a palavra câncer. Para Maruyama e Zago (2005), cada pessoa interpreta e reage à doença de acordo com os estigmas que possui, segundo seu conhecimento popular. Desta forma, o termo estigma é utilizado para fazer referência a algo que marca, que discrimina. Um exemplo, destacado pelas autoras, é a correspondência entre câncer e mutilação.

Assim como o estigma da mutilação, as mudanças percebidas no corpo alteram a vida comum dos portadores de câncer e seus familiares, cada pessoa as

interpreta segundo seus conhecimentos e experiências de vida (MARUYAMA; ZAGO, 2005). Tais mudanças são desencadeadas pela própria doença e seus tratamentos, como incisões cirúrgicas, drenos, ostomia, efeitos da radioterapia e da quimioterapia antineoplásica.

A alteração da imagem corporal, do funcionamento do organismo, as modificações na alimentação e as novas adaptações requeridas pelo câncer de intestino tornam essa população uma importante fonte de informações sobre a maneira como realizam seu cuidado.

Para além das alterações ocorridas em nível físico, ao receber o diagnóstico de câncer, o indivíduo sofre também um grande impacto psicológico, o que gera sentimentos como medo, ansiedade, angústia, dúvidas e raiva (SALCI; MARCON, 2010). Vivencia-se uma avalanche de alterações tanto físicas e fisiológicas como em nível emocional, social, cultural e espiritual.

O sentido social usualmente reflete a associação do câncer a uma doença fatal e comumente considerada sinônimo de morte, marginalizando e cultivando sentimentos negativos em relação à doença (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007). Estar com câncer traz consigo, além da certeza de muito sofrimento, uma aproximação da morte (SALES *et al.*, 2003).

A vivência de um câncer proporciona mudanças permanentes na vida diária, é considerada um dos momentos mais críticos da vida de uma pessoa por remeter à análise e à reflexão da própria biografia, cujos significados foram construídos ao longo das suas experiências (MARUYAMA; ZAGO, 2005). Desta maneira, o diagnóstico de câncer e todas as suas consequências rompem o equilíbrio do indivíduo e de sua família.

Mediante todas as alterações que o câncer acarreta no sujeito e sua família, os dados epidemiológicos e as projeções de seu comportamento na população, com destaque ao câncer de intestino, justifica-se a urgência de novas estratégias para a prevenção e controle do câncer de intestino. A ênfase deve ser dada à escuta das necessidades e incertezas vivenciadas por essa população em busca de restabelecer sua saúde ou de uma melhor qualidade de vida e pela necessidade de o enfermeiro saber se o seu cuidado está sendo satisfatório para o alcance das necessidades do sujeito.

Além disso, a necessidade de destacar o cuidado desempenhado pelos sujeitos com câncer de intestino durante o tratamento quimioterápico é outro fator estimulante para a realização deste trabalho, visto que o desenvolvimento de trabalhos científicos disponibiliza recursos para a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Frente ao exposto, percebe-se um aspecto pouco contemplado no processo de cuidado da pessoa com câncer, que a enfermagem precisa ir além do orientar seus sujeitos frente à descoberta de uma doença, deve também acompanhar como os indivíduos estão incorporando as novas informações recebidas e adaptando-as à sua vida.

Em razão da gravidade da terapia com quimioterápicos, o tema aqui tratado interessa a diferentes profissionais da área da saúde, principalmente ao enfermeiro, que faz a preparação e a administração das medicações assim como o acompanhamento e as orientações a respeito desse tratamento.

O meu contato com pessoas com câncer foi importante para a sensibilização da necessidade de desvelar os seus relatos de vida e vislumbrar o cuidado que desempenham consigo na trajetória de viver com câncer de intestino.

Assim, a escolha deste tema tem origem na minha trajetória acadêmica e profissional, que se inicia no último ano da graduação durante a realização de um estágio curricular em um hospital oncológico, de médio porte, localizado no interior do estado do Paraná. Foi nesse período que me aproximei de uma área que até então era desconhecida e, de certa forma, temida por mim. Foram seis meses de um contato inicial que despertou a vontade em aprofundar conhecimentos e habilidades que possibilitassem uma atuação de melhor qualidade àqueles sujeitos.

Desta forma, foi na residência em enfermagem oncológica, em um hospital de caráter filantrópico, na cidade de Curitiba, Paraná, que avancei mais um degrau na conquista por uma assistência de enfermagem especializada a esses sujeitos. Foram dois anos cuidando de sujeitos com as mais diversas neoplasias nas subáreas da oncologia.

Posteriormente, fui efetivada em uma instituição privada de oncologia e consegui aplicar meus saberes como enfermeira assistencial em um ambulatório de quimioterapia, assistindo sujeitos, também, com uma vasta demanda de cuidados.

Trata-se de diferentes realidades por mim vivenciadas, que possibilitaram o conhecer, o saber e a atuação profissional na oncologia.

A palavra Oncologia deriva do termo grego *oncos*, que significa tumor e se refere ao estudo dos tumores ou neoplasias (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2004). Especificamente, a enfermagem oncológica é uma especialidade complexa que atua nos diversos níveis de tratamentos existentes contra o câncer, que vão desde a quimioterapia e radioterapia aos cuidados paliativos (BONASSA, 2005).

Durante minha jornada, o tratamento quimioterápico era o que mais me desafiava como profissional, tanto por sua complexidade como, também, pelo anseio que provoca nos sujeitos e seus familiares. Os efeitos colaterais, a alteração da rotina de vida, da autoestima e autoimagem são temores associados a essa terapêutica medicamentosa. Por esses e outros motivos, sujeitos oncológicos merecem uma atenção especializada e centrada em suas necessidades biopsicossociais.

Diante dessa realidade, este estudo tem como objeto de pesquisa o cuidado que o sujeito realiza na trajetória do câncer de intestino, tendo a seguinte questão norteadora: como os sujeitos com câncer de intestino se cuidam na trajetória do tratamento quimioterápico? Para responder a essa questão, estabeleceu-se o seguinte objetivo: descrever as ações de cuidado realizadas pelos sujeitos antes, durante e após a quimioterapia antineoplásica.

Com isso, este estudo pode trazer subsídios para o cuidado de enfermagem aos portadores de câncer de intestino ao conhecer os cuidados que eles desenvolvem na trajetória de sua doença, pautados nas ações educativas que o enfermeiro desenvolve como estratégia para a promoção da saúde dessa população.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Frente ao objeto de estudo: o cuidado que o sujeito realiza na trajetória do câncer de intestino, considera-se necessário aprofundar os conhecimentos que se apresentam como tema desta investigação. Para isso, inicia-se com o tópico “Descobrimo a doença”, que aborda a fase de descoberta do câncer, trazendo sensações, sentimentos, vivências provenientes deste momento repleto de novas revelações.

O segundo tópico, “Diferentes cuidados, um único objetivo”, trata de apresentar conceitos de diferentes autores sobre o cuidado, além de estratégias de cuidado desenvolvidas por sujeitos com câncer de intestino na trajetória de sua doença. E por fim, o terceiro tópico, “O câncer de intestino: da detecção ao tratamento”, aborda aspectos referentes à epidemiologia, rastreamento, detecção precoce até as diversas formas de tratamento com ênfase na quimioterapia antineoplásica.

### 2.1 DESCOBRINDO A DOENÇA

Antes de adoecer, a vida é repleta de sentimentos e situações contraditórias que marcam e dão significados para cada momento vivenciado. O viver saudável é o alicerce das relações e das experiências e nunca se considera a doença uma possibilidade (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Certos eventos são considerados marcos de ruptura na vida das pessoas, ao denotar vivências que suscitam questionamentos sobre a vida e sobre a existência do sujeito. Fatos de diferentes magnitudes podem influenciar de maneira impetuosa a vida de uma pessoa, fatos históricos que envolvem a coletividade ou singulares, como, por exemplo, a morte de um familiar ou a descoberta de uma doença (PEREIRA, 2006).

A desconfiança de que alguma coisa está errada no organismo é o início da experiência com a doença (PETUCO; MARTINS, 2006). Quando situações

inusitadas acompanhadas de sinais ou sintomas suspeitos começam a ocorrer no corpo de uma pessoa, sentimentos como ansiedade, angústia e medo afloram. A ansiedade é a evidência de que algo anormal se passa com a pessoa, que passa a sentir-se ameaçada pela consciência da finitude, e a possibilidade de morte ocasiona angústia.

O diagnóstico de câncer possivelmente desencadeará sentimentos e avaliações cognitivas, as quais, influenciadas pela individualidade do sujeito e pelas suas experiências anteriores, resultarão em comportamentos de ajuste peculiares, cuja intencionalidade será a de enfrentar o estresse e a ansiedade provocados por esse momento (LEITE; COSTA, 2009). Cada pessoa encontra uma maneira própria de encarar esse momento, que se manifestará através das mais variadas reações, atitudes e sentimentos.

Sentimentos de insuficiência perante a doença e inferioridade também são relatados por sujeitos com câncer. A angústia vivenciada pelo sujeito pode ser decorrente da descoberta da doença, dos obstáculos a serem transpostos, das dificuldades na realização do autocuidado e da dependência de outras pessoas para executar atividades do dia a dia. Desta forma, a doença pode afetar a autopercepção, o comportamento e as relações sociais do indivíduo, que, na maioria dos casos, são tratados de forma diferente após o diagnóstico (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

A descoberta de uma doença potencialmente letal representa a perda do corpo saudável, da sensação de invulnerabilidade e do domínio sobre a própria vida (ROSSI; SANTOS, 2003).

A doença crônica, uma vez diagnosticada, acarreta um processo a ser vivido ao longo da vida pelo seu portador. Pode ocasionar perdas graduais relacionadas à saúde e denotar sentimentos relacionados a essas perdas, que, conseqüentemente, irão refletir no seu cotidiano, seja nas relações profissionais, afetivas, na autoestima ou na incerteza quanto à posição social que lhe será atribuída (CAMPOS, 2004).

O diagnóstico de câncer é sempre acompanhado de uma grande carga emocional e de fantasias oriundas de medos do sujeito e sua família, seja pelo tratamento imposto ou pela própria evolução da doença (BIFULCO, 2010). Cada indivíduo pode reagir de forma diferente ao diagnóstico de câncer, vários fatores podem interferir na reação, inclusive, o seu momento de vida.

Para algumas pessoas, o fato de se imaginar com uma doença, como o câncer, modifica sua rotina de vida e inicia a busca pela causa e entendimento de seus sinais e sintomas, na esperança de que a suspeita não se consolide (FERREIRA; DE CHICO; HAYASHI, 2005). Enquanto de um lado, pessoas paralisam sua vida no momento do diagnóstico de câncer, outras mudam sua concepção de vida, buscando aproveitar cada segundo do tempo que, supostamente, lhe resta (PAULA *et al.*, 2003).

A confirmação da patologia é um momento difícil de ser enfrentado pelo sujeito, pois ele passa a conviver não apenas com o estigma social de o câncer ser uma doença incurável, mas também teme os efeitos tóxicos que a quimioterapia antineoplásica poderá lhe causar (SALES *et al.*, 2003). Desta forma, o câncer é uma doença que ainda está relacionada à dor, sofrimento e degeneração, igualando-se a uma sentença de morte e à crença de que a morte é sempre dolorosa (KOVÁCS, 2002).

O momento em que se revela o diagnóstico ao sujeito é considerado um dos mais impactantes e difíceis durante a descoberta e enfrentamento da doença. Muitas vezes ouvir a palavra câncer gera impacto maior que o entendimento da situação real, seus possíveis tratamentos e prognóstico. Outro fator de impacto diz respeito à limitação de conhecimentos em relação à doença. A inexperiência de lidar com situações deste porte dificulta a compreensão desta nova vivência (SIQUEIRA, 2006).

O conhecimento que a cultura influencia a interpretação dos sinais e sintomas pelos indivíduos é citada por alguns autores. As mudanças físicas e emocionais ganham forma de acordo com a cultura, colocando-as dentro de um padrão identificável para a pessoa “doente” e para as pessoas ao seu redor (MARUYAMA; ZAGO, 2005). A percepção que a sociedade, geralmente, tem do câncer é a associação à doença fatal, vergonhosa e sinônimo de morte, marginalizando o sujeito e reproduzindo sentimentos negativos em relação à doença (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Ao descobrir-se com câncer, o indivíduo passa a viver outra realidade, que inevitavelmente aproxima a possibilidade de morte. Nessa situação, o sujeito deseja não apenas o cuidado com sua doença, com seu corpo físico, mas espera também

por manifestações de solicitude que contemplem o seu existir doente (SALES *et al.*, 2003).

A situação da confirmação de câncer conduz à possibilidade de finitude da vida, e isso se traduz em uma experiência dramática que leva a pessoa a se confrontar com o mais primitivo dos medos humanos, que é a experiência pessoal da morte (SIQUEIRA, 2006; SILVA, 2005).

Apesar de hoje em dia se saber que, o câncer quando precocemente diagnosticado pode ser controlado e, em alguns casos a remissão total pode ser atingida, ainda persiste a crença de que o seu diagnóstico é o prenúncio da morte próxima (SILVA; DE AQUINO; DOS SANTOS, 2008). Dessa maneira, crenças e concepções se refletem diretamente no estado emocional do sujeito.

Ao descobrir a doença e iniciar o tratamento proposto, outra questão de dificuldade percebida é a financeira. A incapacidade física para o desenvolvimento do trabalho incita sentimentos que deprimem, que intimidam e marginalizam o indivíduo, pois o trabalho é considerado algo que realiza, identifica e possibilita a expressão do ser humano. Além disso, a falta de realização pessoal que o trabalho proporciona e as dificuldades financeiras preocupam, especialmente, aqueles que são a única fonte de renda da família (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Esses sujeitos convivem com sentimentos de temor, decorrentes de sua enfermidade, com receio do isolamento e com a possibilidade de não poder mais participar da vida social; temem o deterioramento físico e a perda da capacidade indispensável para executar seus afazeres, o que é, de forma indireta, considerado um ataque à sua dignidade pessoal; e principalmente, temem o desrespeito, a humilhação e a curiosidade dos seus próximos (SALES *et al.*, 2003).

Sujeitos como câncer relatam o preconceito e a indiferença vividos na trajetória com a doença, a discriminação advém da falta de informação das pessoas sobre a etiologia do câncer, suas manifestações clínicas e efeitos colaterais causados pelo tratamento (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Uma estratégia utilizada como mecanismo de enfrentamento é a reflexão sobre o problema. Essa é identificada como uma maneira eficiente de modificar as pressões internas, na tentativa de remover ou atenuar a fonte estressora, possibilitando a procura para a resolução da doença (LEITE; COSTA, 2009).

Focalizando a emoção, o suporte religioso é uma estratégia frequentemente buscada por sujeitos oncológicos, que referem rezar e fazer promessas como maneiras de expressar sua fé em Deus, na tentativa de melhor se ajustarem à situação de doença. Esse recurso de enfrentamento pode fortalecer a fé e com isso propiciar pensamentos mais otimistas, de modo a amenizar a tensão interna decorrente do estressor (LEITE; COSTA, 2009).

Para os mesmos autores, a fé constitui um sentimento de confiança de que o indivíduo alcançará o seu desejo, um modo de pensar construtivo. Em nossa cultura, a fé em Deus é um sentimento arraigado e é tão necessária quanto outros modos de enfrentamento.

Ainda no aspecto emocional, medidas de autocontrole também são utilizadas como estratégias de enfrentamento da doença, e entre elas destacam-se manter-se calmo, procurar não sofrer por antecipação e minimizar o problema, diminuindo a carga de estresse ocasionada por ele. Além do suporte emocional promovido pelos familiares (LEITE; COSTA, 2009).

Além destes, comportamentos como beber ou comer excessivamente, contar piadas ou usar o bom humor são tidos como mecanismos para enfrentar a doença, centrados na emoção. Outros menos expressivos são fatalismo, cuidado com as plantas, televisão ou trabalho maior que o usual (LEITE; COSTA, 2009).

Na tentativa de melhorar ou atenuar as dificuldades desencadeadas pelo câncer, os sujeitos buscam atividades relacionadas ao seu próprio cuidado, como reeducação alimentar, cuidados com estoma, abandono de vícios, relaxamento, busca de informações sobre sua doença em livros, sites ou através dos profissionais de saúde, rezar, distração com programas de televisão, plantas, diálogo com outros sujeitos, sendo que o mesmo indivíduo pode desempenhar mais de uma atividade para melhorar suas dificuldades (LEITE; COSTA, 2009).

## 2.2 DIFERENTES CUIDADOS, UM ÚNICO OBJETIVO

O cuidado não é uma prática recente, ele existe desde que há vida, e é por meio dele que a vida se mantém. Seu surgimento não ocorreu em torno da doença,

mas sim da sobrevivência, como lutar contra a fome, se abrigar e se proteger. Sua história se constrói sob duas orientações que se complementam: cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte (COELHO; FONSECA, 2005).

Não há como precisar o tempo, mas sempre o ser humano realizou suas atividades, funções, cuidando e sendo cuidado. Somente desta forma tem resistido e continua a existir ao longo dos tempos, uma vez que, existindo vida, existem indispensavelmente cuidados, “porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer” (COLLIÈRE, 1999, p.27).

Outra contribuição relevante considera cuidar um ato individual que se presta a si próprio quando se tem autonomia e um ato de reciprocidade que se presta às pessoas que temporária ou definitivamente necessitam de ajuda (COLLIÈRE, 1999).

Autocuidado, cuidar de si, cuidar do outro e ser cuidado fazem parte da vasta abordagem com que o cuidado é impulsionado, no qual, o foco principal do cuidar é alcançar a sobrevivência da vida humana. Mediante toda essa exposição, a explicação que mais sensibiliza é referida por Collière (1999, p. 227): “Cuidar, é ajudar a viver”.

Cabe ressaltar que o cuidado também se manifesta pelo diálogo, pois é através dele que se manifesta o desejo da compreensão e do compartilhar seu pensar com outras pessoas. Desta forma, “o cuidado deve expressar um viver harmônico, num processo de reciprocidade em que o falar e o ouvir surgem como forma de cuidar” (SALES *et al.*, 2010).

Todas essas considerações acerca do cuidado são de extrema importância, pois todo tratamento, ainda mais com o nível de complexidade que é o tratamento quimioterápico, requer um olhar mais apurado sobre como o indivíduo deverá se cuidar perante essa provação que lhe é imposta pela descoberta de uma doença.

Para enfatizar essa relação do tratamento com as alterações do seu cuidado, ressalta-se que o viver do doente com câncer é cheio de inquietações, decorrentes das restrições que a doença e o tratamento quimioterápico lhe impõem. As mudanças nos hábitos de vida e a necessidade de deixar de fazer o que lhe dá prazer são algumas das dificuldades enfrentadas no decorrer do existir com câncer (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

As alterações físicas, também, são geradoras de ansiedade e inquietações para estes sujeitos. Neste mesmo estudo, identificou-se que a alopecia é a alteração corporal mais referenciada pelos sujeitos, pois a ausência de cabelos, além de afetar seu relacionamento com outros seres no mundo, torna-os alvo de curiosidades e comentários desagradáveis (SALES *et al.*, 2003). Uma das maiores dificuldades vivenciadas pela pessoa com câncer é referida como a mudança na imagem corporal, causadora de situações constrangedoras (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Quanto à alopecia, ela pode ser total ou parcial, contudo não é uma toxicidade presente nos protocolos quimioterápicos para câncer de intestino, podendo ocorrer uma queda parcial dos cabelos. Nessa fase, alguns sujeitos preferem cortar os cabelos antes do início da queda. Outros preferem tomar uma decisão após seu início, para saber se cortam e/ou usam bonés, lenços e perucas (BRASIL, 2010).

Estudo desenvolvido com mulheres com câncer de mama identificou que o cuidado emerge sob duas perspectivas, por um lado, é aquele requerido para a manutenção da vida em prol da cura, por apresentar uma doença objetiva que requer cuidados específicos, traduzidos como “tratamento”. Por outro lado, também aparece o cuidado ligado à saúde, manifestado no seu caráter expressivo (carinho) e técnico-instrumental (higiene) (LIMA, 2002).

No que diz respeito aos cuidados específicos durante a quimioterapia antineoplásica para o câncer de intestino, temos a prevenção e tratamento da mucosite, cuidados com a pele, manutenção de um padrão nutricional satisfatório, manter hábito intestinal regular, atentar para os sinais de infecção devidos à baixa imunidade, entre outros.

Em relação à mucosite, o sujeito deve realizar algumas mudanças no hábito de higiene caso ainda não estejam de acordo com as seguintes recomendações: escovar os dentes diariamente e sempre após cada alimentação; comunicar ao médico caso haja necessidade de qualquer tratamento dentário; utilizar escova de dente com cerda extramacia e evitar enxaguante bucal que contenha álcool na sua composição; se houver ressecamento nos lábios, aplicar lubrificante labial quatro vezes ao dia; examinar a cavidade oral em busca de lesões e inflamação e comunicar as alterações; evitar muito alimentos quentes, temperados ou ácidos;

evitar também o uso de fio dental na ocorrência de sangramento gengival (BRASIL, 2008).

Cuidados com a pele devem ser incorporados a fim de evitar ruptura de suas camadas e tornar-se porta de entrada para bactérias. Algumas estratégias compreendem utilizar filtro solar mesmo em dias nublados, utilizar luvas para atividades domésticas, fazer uso de hidratantes sem álcool e sabonete neutro, evitar banhos quentes, evitar friccionar toalhas durante secagem da pele, não usar roupas ou sapatos apertados e que dificultem a transpiração do corpo (SHIMADA, 2009).

Um adequado estado nutricional influencia o sucesso do tratamento, por isso o sujeito deve ter consciência da importância de uma boa alimentação durante a quimioterapia antineoplásica. Além disso, algumas estratégias podem ser incorporadas no hábito dietético do sujeito como: comer pequenas porções em intervalos menores, evitar líquido durante a refeição, evitar alimentos com odores fortes, muito quentes ou muito frios, tentar temperos diferentes para estimular o paladar. Alimentar-se sem pressa, em ambiente tranquilo, fazer uso dos medicamentos contra náusea e vômito adequadamente para que estas reações não causem alterações na alimentação (BONASSA, 2006).

No caso de constipação, as estratégias de cuidado que devem ser adotadas pelo sujeito são: registrar a frequência, consistência, formato, volume e cor das eliminações intestinais, aumentar a ingesta de líquidos para 1 litro/dia, além de incluir fibras na alimentação (BRASIL, 2008). Quanto à diarreia deve-se também aumentar a ingesta hídrica, dar preferência para os alimentos que auxiliam no controle da diarreia, evitando os que acentuam o quadro. Procurar apoio com nutricionista. Atentar para irritação perianal e executar medidas para proteger essa região como banho de assento, compressas mornas, higienizar-se após cada evacuação (BONASSA, 2006).

É comum durante o tratamento a queda da imunidade, por isso o sujeito deve restringir algumas situações e ficar atento aos sinais e sintomas. Deve evitar qualquer procedimento invasivo sem consentimento médico, como aplicação de supositórios, verificação de temperatura retal, procedimentos odontológicos invasivos. É importante que evite locais aglomerados e contato com pessoas portadoras ou recém-curadas de doenças infecto-contagiosas. Manter rotina de higiene corporal meticulosa. Evitar traumas na pele que podem constituir porta de

entrada para bactérias, desta forma, não utilizar lâmina de barbear e alicates de cutícula. Conhecer os sinais e sintomas de infecção e saber verificar a temperatura corporal, identificando e comunicando a hipertermia (BONASSA, 2006).

O sujeito oncológico convive com transtornos físicos, emocionais e comportamentais, condicionados ao fato de sua vida estar, muitas vezes, presa a uma doença grave. Entretanto, apesar das mudanças que o tratamento quimioterápico causa, os sujeitos procuram lutar para manter acesa a chama da esperança, agarrando-se à quimioterapia antineoplásica como a uma tábua de salvação. A esperança traz consigo um presságio de "*bonum futurum*", pois ela dá ao doente a força necessária para emergir de sua angústia e vislumbrar novas possibilidades (SALES *et al.*, 2003).

Desta forma, o sujeito vê, na quimioterapia antineoplásica, uma alternativa, uma possibilidade de voltar a realizar suas atividades rotineiras, dar continuidade à vida sem a doença. Neste sentido, o presente trabalho se aproxima do cuidado que o sujeito articula em diferentes momentos da sua trajetória na luta contra o câncer.

### 2.3 O CÂNCER DE INTESTINO: DA DETECÇÃO AO TRATAMENTO

Apesar de ser uma doença estigmatizada, cheia de mistérios e sofrimentos, atualmente o câncer é considerado uma doença crônica, potencialmente tratável, cuja cura, em muitos casos, pode ser alcançada, quando precocemente diagnosticado.

Atualmente, os indivíduos são divididos quanto à possibilidade de desenvolver câncer de intestino, em baixo, moderado e alto risco. Baixo risco, aqueles com mais de 50 anos e sem fatores de risco; risco moderado, indivíduos com história na família de câncer de intestino em um ou mais parentes de primeiro grau, histórico pessoal de pólipos maior que um centímetro ou múltiplos pólipos de qualquer tamanho e com antecedente pessoal de câncer de intestino tratado com intenção de cura. Alto risco inclui os sujeitos com história familiar de Síndrome da Polipose Adenomatosa Familiar (FAP) ou Câncer Colorretal Hereditário sem

Polipose (HNPCC), ou com diagnóstico de doença inflamatória intestinal (BRASIL, 2003a).

Para que seja diagnosticado em fase inicial, existem algumas recomendações para rastreamento do câncer de intestino na população, porém ainda não são uniformes e variam conforme o risco de um determinado indivíduo desenvolver este tipo de câncer. Para os sujeitos assintomáticos e de baixo risco, nenhum método de rastreio é recomendado. Para os de moderado risco, indica-se o rastreamento a partir dos 50 anos com a pesquisa anual de sangue oculto e caso esta seja positiva, faz-se necessária a realização de uma colonoscopia a cada cinco anos, enquanto sujeitos de alto risco devem ser submetidos à colonoscopia em intervalos menores (LEVIN *et al.*, 2008).

Cabe salientar que os sinais e sintomas associados ao câncer do intestino compreendem alteração dos hábitos intestinais; diarreia, constipação ou sensação de que o intestino não se esvaziou completamente por mais de uma semana; sangue vivo ou escuro nas fezes; fezes mais finas e estreitas que o usual ("fezes em fita"); desconforto abdominal, incluindo cólica, empachamento e excesso de gases; perda de peso não intencional; anemia sem sangramento aparente em indivíduos acima de 50 anos; cansaço constante e fadiga (SASSE, 2004).

Segundo Coelho (2005), o câncer de intestino geralmente apresenta uma evolução silenciosa cujos sinais e sintomas são discretos na fase inicial e só são perceptíveis quando a doença já atingiu um estado avançado. Aproximadamente 65% dos sujeitos são diagnosticados em fase avançada da doença.

Apesar da ciência dos fatores de risco e das recomendações direcionadas no sentido da prevenção e do diagnóstico precoce, no Brasil, grande parte dos sujeitos são diagnosticados com doença avançada, apresentando obstrução ou perfuração intestinal, necessitando de procedimento de emergência como medida inicial de tratamento, o que contribui para piora do prognóstico (VALADAO, 2010). Portanto, deve-se ficar alerta aos sinais e sintomas do câncer de intestino, ação esta que aumenta a possibilidade de um diagnóstico precoce e as chances do sucesso do tratamento.

Em estudo desenvolvido com sujeitos ostomizados por câncer, a descoberta da doença deu-se com o sangramento anal e as disfunções intestinais. Os sujeitos,

comumente, associaram sangramento nas fezes, ressecamento à ocorrência de hemorroida (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Outro estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul, identificou como sintomas frequentes a perda de peso, sangramento incomum nas fezes e, às vezes, dor abdominal de forte intensidade. Os sujeitos relataram, também, que os sintomas se intensificavam e, para eles, o quadro apresentado era diferente do que se costumava reconhecer como sintomas comuns e conhecidos (PETUCO; MARTINS, 2006). Desta forma, havia uma desconfiança de que a sintomatologia presente se tratava de algo mais grave do que a experiência com outras doenças.

Diante do exposto, cabe ao enfermeiro conhecer os sinais e sintomas, as formas de prevenção para poder intervir e auxiliar na diminuição da incidência deste câncer. “Conhecer o significado das manifestações na população subsidia os profissionais de saúde a atuar em programas de prevenção e detecção precoce desse tipo de câncer” (MARUYAMA; ZAGO, 2005, p. 219). Convém destacar que a detecção precoce é um dos principais objetivos das ações de saúde em oncologia e está intimamente relacionada com o sucesso do tratamento.

Frente aos indícios de câncer de intestino, o próximo passo é a sua confirmação que, normalmente, é realizada por meio de uma biópsia por colonoscopia. Após o resultado do exame anatomopatológico, inicia-se a etapa de estadiamento clínico, considerada a fase prévia ao tratamento e que se completa após a análise anatomopatológica da peça cirúrgica (CASTRO; CORREA; MORAES, 2004).

Os exames úteis para esta etapa são radiografia simples do tórax e ultrassonografia ou tomografia computadorizada do abdômen e pelve. A dosagem sérica do antígeno carcinoembrionário (CEA) é importante na fase pré-tratamento como fator prognóstico, porém não é considerado um exame com finalidade de estadiamento. E para os tumores localizados no reto, inclui-se uma ressonância magnética da pelve ou ultrassonografia endorretal a fim de avaliar a extensão loco-regional da doença (CASTRO; CORREA; MORAES, 2004).

O câncer de intestino é uma doença tratável e frequentemente curável, deste modo o seu tratamento depende de uma série de fatores, como o tamanho, a localização e extensão do tumor (estadiamento da doença), além da condição de saúde do sujeito. Conforme o estágio da doença, o tratamento pode ser conduzido

de diferentes maneiras, o que pode requerer a combinação de uma ou mais formas de tratamento (BRASIL, 2003b).

Entre as possibilidades de tratamento, estão a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia antineoplásica, que podem ser utilizadas de forma isolada ou combinada. Geralmente, a cirurgia consiste no tratamento primário, quando a doença se encontra localizada, enquanto a quimioterapia antineoplásica pode ser empregada antes do procedimento cirúrgico para controlar o crescimento tumoral, após a cirurgia para destruir células cancerosas que possam ter permanecido após a retirada do tumor ou de forma paliativa para aliviar os sintomas ocasionados pela doença (BRASIL, 2003b).

A cirurgia consiste na retirada do tumor juntamente com parte do cólon ou reto e os linfonodos adjacentes. Existe ainda a possibilidade de ressecção endoscópica para estágio inicial, e para doença avançada pode ser realizada ressecção do sítio primário e das metástases. Cuidados técnicos de radicalidade permitem melhores resultados e, conseqüentemente, maiores chances de cura. Entre esses cuidados se incluem extensão da ressecção quanto à retirada de linfonodos, ligaduras vasculares e margens cirúrgicas, ressecção completa em monobloco de órgãos ou estruturas vizinhas aderidas ao tumor (BRASIL, 2003a; GUIMARÃES; ROSA, 2008; ROSSI *et al.*, 2010;)

Atualmente, na maioria dos casos, é possível interligar as porções sadias do cólon ou do reto. Contudo, em tumores do baixo reto, muitas vezes, é necessária a realização de uma colostomia temporária ou permanente. Colostomia é um procedimento cirúrgico de exteriorização do cólon na parede abdominal, criando um novo trajeto para a saída do conteúdo fecal (BRASIL, 2003a).

Após a realização do ostoma, o sujeito passa por um período de adaptação, inicialmente eles acreditam não serem capazes de se adaptar. Contudo, com o passar do tempo, inicia-se uma vontade em superar as dificuldades proporcionadas pela ostomia e se mobilizam para o autocuidado (FARIAS; GOMES; ZAPPAS, 2004). Outros autores referem a confecção da ostomia como uma ruptura biográfica, que geralmente é acompanhada de uma resistência inicial, desencadeada pela mudança do próprio corpo e pela visibilidade do local de excreção (BELLATO *et al.*, 2007).

Além disso, as mudanças de ordem social e, especialmente, em seus corpos, afetam a sua autoestima e também fomentam o preconceito de pessoas ao seu redor. O cotidiano com a bolsa de ostomia é um temor manifestado por essa população, sobretudo no que se refere à eliminação de seus detritos orgânicos, que, para eles, ultrapassa a esfera biológica e atinge a social de seu existir no mundo. Contudo, os sujeitos buscam transcender a sua dor e dedicar-se às suas tarefas diárias, adaptando-se à sua nova condição existencial (SALES *et al.*, 2010).

Essa mudança fisiológica pode causar angústia, pois o sujeito reconhece na perda do controle esfinteriano a perda de uma parte do seu corpo, agora um corpo sem controle e, por isso, disfuncional (FARIAS; GOMES; ZAPPAS, 2004).

Quanto ao tratamento clínico do câncer de intestino, na expectativa de diminuir a chance de recidiva e de aumentar a sobrevida dos sujeitos, a quimioterapia antineoplásica é a alternativa de escolha em alguns casos. Após a cirurgia de retirada do tumor, a permanência de células cancerígenas pode propiciar a recidiva da doença através de micrometástases. Dessa forma, a finalidade da quimioterapia pós-cirurgia é a erradicação das micrometástases (OLIVEIRA; GARCIA, 2006).

A quimioterapia antineoplásica é considerada uma forma de tratamento sistêmico, o que significa que as drogas entram na circulação sanguínea e percorrem todo o organismo (BRASIL, 2003b), de modo diferente da cirurgia e da radioterapia, que têm atuação localizada.

O emprego da quimioterapia antineoplásica após o tratamento cirúrgico é denominada terapia adjuvante e, neste tipo de câncer, é a modalidade de tratamento mais comum e que proporciona resultados positivos, principalmente, observado com o aumento da sobrevida do sujeito (GUIMARAES; ROSA, 2008).

Os compostos químicos utilizados para esta forma de tratamento são denominados quimioterápicos, e a quimioterapia quando aplicada ao câncer é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antilástica (BRASIL, 2003b). Como forma de padronização, neste estudo, optou-se pelo termo quimioterapia antineoplásica por ser mais comumente empregado.

Historicamente, o conceito de quimioterapia para os mais variados tipos de câncer tem sua origem há pelo menos 1.500 anos. A descoberta do antibiótico por Fleming, em 1928, possibilitou estudos da atuação desse grupo terapêutico contra o

câncer, e os primeiros antibióticos descritos com atividade antineoplásica foram a actinomicina e a estreptomicina (AYOUB, 2000). Mais tarde, houve um grande desenvolvimento da quimioterapia antineoplásica, com o isolamento e o desenvolvimento de novos agentes quimioterápicos, fundamental para que a Oncologia Clínica pudesse tornar as neoplasias malignas potencialmente curáveis (SOFFIATTI, 2000).

Atualmente, a quimioterapia antineoplásica consiste na utilização de agentes químicos isolados ou em combinação e, para que seja indicada, são levados em conta fatores como idade do sujeito, seu estado nutricional, função renal, hepática e pulmonar, presença de infecções, tipo de tumor, existência de metástases e seu *performance status* (TADOKORO; FONSECA, 2000). Para melhor esclarecimento, o termo *performance status* significa condição de vida e consiste no principal indicador de prognóstico do sujeito oncológico. Desta maneira, para medir a condição de vida de um sujeito, existem diferentes escalas, todas equivalentes, e entre as mais utilizadas, estão as escalas de Karnofsky e a de Zubrod (FONSECA, 2000).

Além da verificação da *performance status* do sujeito, para ele receber a quimioterapia antineoplásica, outros critérios das condições gerais do sujeito devem ser levados em consideração, como ter perdido menos de 10% do peso corporal antes do início da doença; ausência de contraindicação clínica para os fármacos que fazem parte do protocolo de escolha; ausência ou presença de infecção sob controle; bioquímica e contagem de células sanguíneas adequadas (FONSECA, 2000).

A finalidade dessa avaliação prévia é assegurar que o organismo do sujeito esteja em condições de superar as reações adversas que poderá enfrentar ao se submeter aos agentes quimioterápicos (FONSECA, 2000).

Este fato ocorre, pois essas drogas não têm especificidade e acabam agredindo além das células tumorais as células dos tecidos de proliferação, ocasionando diversos efeitos colaterais (CHAVES, 2010). Apesar da possibilidade de cura e/ou aumento da expectativa média de vida, os sujeitos submetidos à quimioterapia antineoplásica ficam sujeitos a várias reações adversas, até mesmo com risco de morte.

Os principais efeitos colaterais ou toxicidades do tratamento quimioterápico são hematológicos, gastrointestinais, cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, toxicidade dermatológica e reações alérgicas e anafilaxia (AYOUB, 2000).

Os sujeitos, na maioria das vezes, iniciam a quimioterapia antineoplásica apresentando grandes demandas emocionais e físicas, dúvidas quanto ao tratamento e suas consequências, expectativa de melhora, incerteza quanto ao futuro e, ainda, sofrem os efeitos colaterais dos fármacos, muitas vezes, em seu domicílio (SALVADORI; LAMAS; ZANON, 2008). A ansiedade e as dúvidas são diminuídas quando o enfermeiro fornece orientações adequadas sobre como agir durante o tratamento e diante de diversos problemas que o tratamento traz.

Para aqueles sujeitos que apresentam dificuldade em aceitar o diagnóstico, o tratamento quimioterápico pode trazer maior vulnerabilidade. De certa forma, a quimioterapia antineoplásica potencializa a possibilidade de os doentes prosseguirem com a vida, seus efeitos colaterais são responsáveis por transformações que resultam em alterações na imagem corporal, na autoestima, conseqüentemente, em sentimentos conflituosos de dor, sofrimento, medo, frustração, angústia e desespero (FONTES; ALVIM, 2008).

A quimioterapia antineoplásica é percebida pelos sujeitos como um notável fator estressante, no entanto, também é vista como um tratamento necessário (SALVADORI; LAMAS, ZANON; 2008).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa que empregou como método o estudo de caso. A pesquisa qualitativa preocupa-se com uma realidade que não pode ser quantificada, para isso, aprofunda-se no mundo dos significados, das ações, das crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo dos processos, dos fenômenos e das relações humanas, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (DESLANDES *et al.*, 2008).

A definição de estudo de caso, para Yin (2010, p.39), é uma investigação empírica que busca entender um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes. Estes podem ser exploratórios, descritivos e explanatórios. Para este estudo, foi utilizado o método descritivo, que possibilitou descrever o fenômeno sob pesquisa. Segundo o mesmo autor, este tipo é empregado para descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que o fato ocorre.

A característica principal de um estudo de caso é o estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, o que permite conhecê-lo ampla e detalhadamente (GIL, 2007). O diferencial deste método é o desejo de entender os fenômenos sociais complexos, permitindo ao investigador reter as características holísticas e significativas dos eventos da vida real (YIN, 2010).

Os estudos de caso são apropriados quando a questão da pesquisa apresenta o termo “como” ou “por que”. “Isto ocorre porque essas questões lidam com os vínculos operacionais que necessitam ser traçados ao longo do tempo, mais do que as meras frequências ou incidências” (YIN, 2010, p. 30).

A pesquisa do tipo estudo de caso envolve tanto projetos de caso único quanto de múltiplos casos. O caso único geralmente aborda uma situação rara, pouco comum, reveladora. Já os casos múltiplos são desenvolvidos quando o mesmo estudo apresenta mais do que um único caso, além disso, exigem recursos e

tempo extenso, superiores aos meios de um caso único (YIN, 2010). Neste estudo, os múltiplos casos foram a escolha apropriada visto que não se tinha a pretensão de revelar ou apresentar um caso raro.

Acrescenta-se ainda que o método de estudo de caso proposto por Yin (2010) possibilita a utilização de métodos mistos. Quanto a isso, Johnson e Onwuegbuzie<sup>1</sup> (2004 *apud* YIN, 2010) definem que a pesquisa de métodos mistos é uma categoria que permite ao pesquisador misturar ou combinar técnicas, métodos, abordagens, conceitos ou linguagem de pesquisas em um único estudo. Ao encontro desta citação, o presente estudo, combinou o método de pesquisa de Yin (2010) com uma técnica de coleta de dados denominada relatos de vida.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma clínica privada de oncologia especializada em tratamento antineoplásico, situada na cidade de Curitiba, Paraná. A instituição em questão disponibiliza esta modalidade de tratamento de forma ambulatorial e fornece acompanhamento multiprofissional aos sujeitos, incluindo enfermeiros, médicos, farmacêuticos, nutricionista e psicóloga.

O setor de quimioterapia conta com quatro enfermeiras, duas são especialistas em enfermagem oncológica e quatro, técnicas de enfermagem com experiência para atuar nesta especialidade. Conta, também, com quatro técnicas de enfermagem no ambulatório de oncologia clínica e cirúrgica, que desenvolvem atividades como curativos, encaminhamento de sujeitos, instrumentação em pequenos e médios procedimentos, entre outras.

A equipe médica é composta por oito oncologistas clínicos, profissionais responsáveis pela prescrição do tratamento quimioterápico, um hemato-oncologista e oito cirurgiões oncológicos.

Atualmente, no setor de quimioterapia, são atendidos em média 160 sujeitos por semana, sendo que a forma de administração da quimioterapia antineoplásica mais comum é a intravenosa.

---

<sup>1</sup> JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J. Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. **Educational Researcher**, 44, 14-26.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo dez sujeitos adultos, de ambos os sexos, que foram submetidos à quimioterapia antineoplásica por câncer de intestino. A seleção foi realizada de forma intencional, uma vez que foram recrutados por disponibilizar condições que permitiam explicitar os aspectos da experiência de se cuidar na trajetória do tratamento quimioterápico.

Quanto aos critérios de inclusão:

1. Apresentar diagnóstico de câncer de intestino;
2. Apresentar doença localizada sem disseminação para outras regiões ou estruturas anatômicas;
3. Ter concluído o tratamento com quimioterapia antineoplásica na referida instituição, em período superior a três meses;
4. Ter idade superior a 18 anos e inferior a 60 anos;
5. Poder se comunicar verbalmente e sentir-se em boas condições clínicas;
6. Aceitar participar do estudo.

Como forma de recrutamento dos sujeitos, foram impressos cartazes de informe sobre a pesquisa (APÊNDICE I) e divulgados no Departamento de Quimioterapia do local do estudo, contendo o contato da pesquisadora. Além desta maneira, os médicos e demais membros da equipe foram orientados sobre a realização deste estudo e auxiliaram na divulgação e/ou na indicação de prováveis sujeitos e as formas de participação e contribuição neste estudo.

### 3.4 OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS

A obtenção dos depoimentos ocorreu no período de janeiro a maio de 2010. Para esta etapa, foi adotada a técnica de relatos de vida, escolhida por permitir a obtenção das informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa. Para isso, a própria voz do indivíduo é o melhor caminho para conhecer sua experiência e perspectivas, pois ele tem liberdade para dissertar à vontade sobre uma experiência

peçoal, o que possibilita aos pesquisadores aprender a ouvir o sujeito que vivenciou a situação que se quer estudar, considerando-o um parceiro ativo e que reflete sobre sua própria vida (SANTOS; SANTOS, 2008).

Para o sociólogo Daniel Bertaux, o termo relato de vida se diferencia da história de vida, e o conhecimento da sua distinção é essencial. História de vida é a tradução literal de *life history*, e tem o inconveniente de não distinguir entre a história vivida pelo sujeito e o relato que pode fazer da sua história mediante, o pedido de um investigador, em um momento específico. Relato de vida é a descrição aproximada da história realmente vivida, tanto objetiva quanto subjetiva (BERTAUX, 2005). Portanto, neste estudo, será empregada a expressão relato de vida, seguindo a proposta de Daniel Bertaux.

Esta técnica utiliza a entrevista narrativa como forma de obtenção dos relatos de vida, sendo composta por duas partes: a primeira, considerada a mais importante, trata de induzir o sujeito a contar sua história. Nesse momento, o sujeito deve assumir o papel de narrador, para isso, o entrevistador deve concordar com o que está sendo falado através de mímicas, murmúrios de aprovação e interromper o mínimo possível. A segunda parte corresponde ao final da entrevista, em que o entrevistador se dirige ao roteiro e insiste em pontos que não foram abordados (BERTAUX, 2005).

O entrevistador deve se preparar para a entrevista, estar ciente de que deverá fazer perguntas pertinentes, poucas e no momento apropriado. Testar gravador, vestir-se de forma adequada e chegar na hora marcada são aspectos importantes que transmitem seriedade (BERTAUX, 2005).

Na técnica de relatos de vida, deve-se atentar para a ordem de acontecimento dos eventos da vida. Por isso, no decorrer da entrevista, é importante que o sujeito forneça elementos para a reconstrução da diacronia, sem importuná-lo com perguntas sobre datas precisas de determinado acontecimento. Em relação ao período em que ocorrem os fatos, diacronia refere-se à sucessão temporal de acontecimentos, é citar as relações de antes e depois, enquanto cronologia é a data do acontecimento (BERTAUX, 2005).

Dos dez sujeitos da pesquisa, três voluntariamente se disponibilizaram a participar ao ver um dos cartazes de sua divulgação e procuraram a pesquisadora para se informar e realizar o agendamento da entrevista. Os demais foram indicados

por médicos ou por outros membros da equipe. Mediante a indicação, a pesquisadora entrou em contato telefônico convidando-o a contribuir com a pesquisa, fornecendo o relato de sua experiência. Após o aceite, procedeu-se ao agendamento da entrevista.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do sujeito, de preferência no mesmo dia em que ele tivesse uma consulta médica ou com outro profissional, favorecendo seu comparecimento, sem interferir nas suas rotinas e compromissos. Estas entrevistas ocorreram em uma sala restrita, sem interferências sonoras.

Foi utilizado um aparelho que possibilitou a gravação de áudio para auxiliar na guarda das informações e posterior análise. Este recurso é considerado prático e de fundamental importância, pois além de preservar e registrar todos os detalhes da fala dos sujeitos, a técnica permite que o entrevistador preste mais atenção ao depoimento concedido (SANTOS; SANTOS, 2008).

Na data agendada, antes do início da entrevista, foram esclarecidos o objeto de estudo e a finalidade da pesquisa. Utilizou-se um roteiro com questões criadas para amparar o investigador (APÊNDICE II), dividido em três momentos: antes, durante e após o tratamento quimioterápico e esteve aberto à incorporação de novas questões não previstas, pertinentes à compreensão do objeto. Também foi utilizado um caderno de campo, seguindo a proposta de Bertaux (2005), com a finalidade de anotar observações e reflexões decorrentes da entrevista, assim como reações, gestos e expressões faciais do sujeito. Antes do início da entrevista, o caderno era preparado com as iniciais do sujeito, data e horário agendado para a entrevista.

Um ponto importante da entrevista narrativa é a recomendação de que antes de encerrá-la sejam apontados os momentos positivos da vida do sujeito. Após esse momento, o gravador foi desligado, mas o entrevistador ainda permaneceu atento para qualquer fala ou comportamento, gravando mentalmente ou anotando no caderno de campo (BERTAUX, 2005). Desta maneira, ao final de cada entrevista, alguns pontos positivos foram reforçados pela pesquisadora a intenção de motivar o sujeito a continuar ou buscar cuidados em benefício de sua qualidade de vida.

Também, ao final da entrevista, foi solicitada permissão ao sujeito para que a pesquisadora pudesse entrar em contato telefônico a fim de elucidar qualquer dúvida que pudesse surgir no momento da escuta da gravação. Todos os

entrevistados prontamente se colocaram à disposição caso houvesse tal necessidade.

Realizou-se um estudo de caso-piloto em novembro de 2010 conforme recomendado por YIN (2010), a fim de lapidar o plano para a obtenção dos relatos de vida relacionado ao conteúdo e aos procedimentos a serem seguidos, e isso possibilitou reajustes na forma de abordagem aos participantes da pesquisa.

Foram realizadas 10 entrevistas, com duração entre 13 a 60 minutos, totalizando 372 minutos de gravação e 99 folhas de transcrição.

### 3.5 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Em referência à técnica de relatos de vida, que foi empregada, neste estudo, a análise dos dados respeitou aspectos importantes dela. Dessa forma, a análise começou imediatamente e se desenvolveu simultaneamente à compilação dos relatos de vida, não sendo necessário elaborar um *corpus* de material para depois se dedicar unicamente à análise desse *corpus* (BERTAUX, 2005).

Portanto, à medida que houve a transcrição de cada entrevista, a análise individual era iniciada. Dessa maneira, o pesquisador apreendeu muito mais sobre seu objeto de estudo, percebeu lacunas na entrevista e os seus próprios defeitos como entrevistador (BERTAUX, 2005).

Inicialmente foi realizada a transcrição das entrevistas, que ocorreu após cada encontro. A transcrição é uma tarefa árdua, que demanda tempo. Em um diálogo, a comunicação passa por três canais simultâneos: a comunicação não-verbal (gestos, movimento dos olhos, expressões do rosto); a entonação da voz; e as palavras próprias. É necessário escutar novamente a entrevista e ao ler o texto transcrito, indicar os silêncios com sua duração e entonação (BERTAUX, 2005).

Por isso, as entrevistas foram transcritas no mesmo dia do encontro, pois estavam nítidas na memória do entrevistador as falas e comportamentos do sujeito, além de ter as anotações do caderno de campo que complementaram os depoimentos. Depois desse procedimento, as entrevistas foram transcritas novamente, a fim de corrigir os erros de português e cortar as palavras repetidas, visando a facilitar a leitura.

Finalizada a transcrição, elas retornaram aos sujeitos que puderam alterar, incluir ou restringir a utilização de qualquer informação coletada. Todas as entrevistas foram aprovadas pelos sujeitos, aproveitou-se também esse momento para resgatar algumas dúvidas em relação ao conteúdo de trechos das entrevistas.

Aprovada a transcrição pelo sujeito, o material foi organizado em forma de narrativa, com ordenamento dos fatos de acordo com a diacronia, bem como complementação das informações do caderno de campo acerca da linguagem não verbal. As informações contidas no caderno de campo foram acopladas no decorrer das entrevistas, no momento exato em que foram manifestadas pelo sujeito. Estas manifestações foram uma demonstração de sentimentos como raiva, tristeza, medo, ansiedade, gratidão, entre outros, além de expressões faciais e corporais e foram dispostas entre chaves.

O passo seguinte foi a realização de leituras consecutivas com a finalidade de identificar temas recorrentes, destacados para levar à criação dos núcleos temáticos das informações contidas nas entrevistas. O objetivo da análise é explicitar as informações e significados pertinentes contidos nas entrevistas. Na primeira leitura, a maioria dessas informações e significados não aparece, e a experiência demonstra que no transcurso de leituras sucessivas vão surgindo e se revelando novos conteúdos semânticos (BERTAUX, 2005).

Cabe destacar que o processo de olhar para além das palavras exige representação mental do pesquisador, refletindo sobre a narrativa, com vistas a revelar novos conteúdos semânticos, que possibilitam encontrar o ponto de confluência entre a fala do sujeito e a percepção e interpretação do pesquisador, a fim de comparar, destacar os temas e atribuir-lhes significações subjetivas, chamadas de categorização (BERTAUX, 2005).

Outro aspecto importante citado por Bertaux (2005) é que as pessoas que viveram situações semelhantes em um contexto social similar tendem a centrar seus testemunhos nestas situações, ou seja, os relatos de vida se multiplicam, o que implica estabelecer relações entre eles a fim de superar a singularidade e atingir a representação coletiva da situação.

Analisando profundamente as narrativas, os temas foram dissecados e, a partir deles, foram construídas as categorias analíticas necessárias para a

compreensão do objeto do estudo, que foram interpretadas mediante a observação e subjetividade da pesquisadora, seguindo a proposta de análise de Bertaux (2005).

Quanto à estrutura para a apresentação dos dados, a seção “Resultados e Discussões” foi dividida em três subseções: caracterização dos sujeitos, descrição individual de dois relatos e análise dos relatos de vida.

Yin (2010) sugere algumas formas para a estrutura de estudo de caso, entre elas ele aponta que o tipo de relatório de casos múltiplos conterà narrativas múltiplas, cobrindo cada um dos casos isolados, que podem ser separados em capítulos ou seções. Além das narrativas dos casos individuais, o corpo do trabalho poderá conter um capítulo ou seção com a análise entre os casos e os resultados. Frequentemente, é utilizada a forma de apresentação que disponibiliza a maior parte dos resultados para a análise entre os casos e apresenta os casos individuais em um apêndice longo.

Por questões didáticas e seguindo a proposta de Yin (2010), somente foi apresentada no corpo do trabalho a descrição individual de dois depoimentos.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o registro número 1019.144.10.09 e CAAE número 4583.0.000.091-10, em reunião realizada no dia 22 de Setembro de 2010, conforme Carta de aprovação do projeto (ANEXO I).

Os sujeitos que participaram desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III), após terem sido devidamente informados quanto aos objetivos da pesquisa, quanto aos métodos de coleta de dados, quanto à possibilidade da desistência por parte deles em qualquer momento, além da participação voluntária e da proteção à sua privacidade e confidencialidade, conforme a Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

O anonimato foi mantido mediante a substituição do nome pela letra “S”, seguido de um algarismo arábico em ordem crescente à realização da entrevista.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Os sujeitos foram caracterizados segundo variáveis sócio demográficas.

SUJEITO	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	Nº DE FILHOS
S 01	48	M	3º completo	PILOTO	CASADO	-
S 02	39	M	2º completo	SEGURANÇA, MOTOBOY	DIVORCIADO	2
S 03	55	M	3º completo	OFICIAL DE JUSTIÇA	CASADO	3
S 04	46	F	3º completo	BANCÁRIA	CASADO	1
S 05	60	F	2º completo	DO LAR	CASADO	4
S 06	59	F	3º completo	DO LAR	CASADO	3
S 07	35	M	3º completo	VETERINÁRIO	SOLTEIRO	-
S 08	49	M	DOUTORADO	APOSENTADO	SOLTEIRO	-
S 09	57	M	2º completo	MOTORISTA	CASADO	4
S 10	60	F	3º completo	REPRESENTANTE COMERCIAL	CASADO	3

QUADRO 01 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

FONTE: A autora (2011)

Observa-se no Quadro 01 que a idade variou de 35 a 60 anos, sendo esta variável utilizada como critério de inclusão quando a intenção era incluir apenas sujeitos adultos. Nota-se, contudo, que dois sujeitos apresentam idade inferior a 40 anos, idade não compatível com a faixa etária de maior risco. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, em relação ao câncer de intestino, evidencia-se um aumento acentuado da incidência a partir dos 40 anos em mulheres e 50 anos em homens (BRASIL, 2003a).

Com relação ao sexo, seis eram do sexo masculino e quatro feminino. Na região Sul do Brasil, o câncer de intestino é o terceiro mais comum entre as mulheres e o quarto entre os homens (BRASIL, 2010).

Uma característica peculiar dos sujeitos da pesquisa foi o elevado grau de escolaridade, salienta-se que as entrevistas foram realizadas em uma clínica da rede privada de saúde, o que pode justificar o elevado nível de escolaridade apresentado.

## 4.2 DESCRIÇÃO DE DOIS RELATOS

A seguir, apresento a descrição individual de dois relatos, os quais seguiram a proposta de estruturação de Yin (2010), somada aos recursos e elementos que os relatos de vida de Bertaux (2005) exigem.

### 4.2.1 Descrição relato 01

Tenho 55 anos, sou casado, tenho três filhos, continuo trabalhando, sou oficial de justiça, trabalho com minha esposa.

Eu sempre tive uma saúde muito boa. Eu não bebo, não fumo, não tenho hábitos de vida noturna de ficar altas horas por aí. Nada, nunca tive nada. Sempre cuidei da saúde. Já fui revascularizado há seis anos atrás, em 2005, tenho três mamárias. Fazia exames periódicos do coração, a cada seis meses faço colesterol, triglicerídeos, ácido úrico, glicemia, hemograma. Isso eu fazia sempre e tudo sempre dentro da normalidade. Então você já tem aquele hábito de cuidar, mais ainda do que já cuidava. Alimentação eu não sei, se eu abusava ou não abusava. Porque também eu só comia em casa, não comia fora. Determinado dia eu não sentia nada fisicamente, não era obeso nem nada. E um dia eu fui evacuar, evacuei sangue, fiquei assustado. Chamei minha esposa, ela olhou. E no dia seguinte, não havia mais nada, na noite seguinte também não havia mais nada. Sangue nas fezes foi só uma vez, foi equivalente a um terço de copo de copo americano de sangue vivo e esse foi o único sinal que tive. No dia seguinte, já procurei imediatamente um médico. Fui até porque minha esposa insistiu, porque no dia seguinte já não tinha mais nada. Confesso que eu fiquei com medo, com aquele receio de ir, no dia seguinte fui no banheiro, normalmente, como se nada tivesse acontecido. Consultei o médico e ele disse: olha, você tem que fazer imediatamente uma colonoscopia.

Fez todo o preparo e já detectou os indícios de células cancerígenas. Dentro de 20 dias, fui operado. Foram extraídos 60 centímetros do intestino e mais aquela parte de baixo, não sei como se chama.

A cirurgia foi excelente, fiz no Hospital Nossa Senhora das Graças, o tumor era pequeno, o médico retirou 60 centímetros do meu intestino, tirou o pedacinho que tinha o tumor e uniu novamente, não precisei usar a bolsa de colostomia e em cinco dias estava em casa. Em casa tinha que fazer curativo na cicatriz da cirurgia e no local onde tinha um dreno, minha esposa mesmo fazia, tinha cuidado, fazia toda a assepsia. Ela fazia uma ou duas vezes por dia, acho que era uma vez por dia mesmo. Foi fazendo curativo até a ponto de quase não precisar fazer mais. Mas eu tinha medo de deixar aquilo meio aberto, medo de infecção, de alguma coisa e preferia fechar com curativo. E também não tive problema nenhum. Ela usava soro para fazer uma limpeza e fechava com aquela telinha, gaze, usava tudo que tinha que usar e fechava bem. Eu não fazia esforço nenhum, com medo que às vezes pudesse abrir, mas foi tudo bem, sem problema nenhum, dormia bem, nada me incomodava.

Não precisei tirar ponto nenhum, já saí do hospital sem nada, porque diz que os pontos são internos e não tem nada para fazer. Quer dizer um pouquinho de cuidado eu tinha, fazia pouquíssima coisa. Até que hoje se alguém olhar aqui, não vê nada de cicatriz. Como se nada tivesse acontecido. Acho que quando eu emagreci, o tecido foi se acomodando e não parece aquelas coisas feias de cirurgia.

O único problema que eu tive depois da cirurgia e que fui para casa, foi uma fístula, ela arrebentou e provocou quase uma septicemia. Quase! Eu tive a falta de sorte de ter arrebentado a fístula. Não sei por que, mas arrebentou. Eu voltei imediatamente para o hospital, era uma fístula interna. O médico disse que, por sorte, ela pegou o caminho de onde tinha o dreno e saía tudo pelo dreno. Se não tivesse entrado na circulação, hoje não poderia estar contando minha história. Esse dreno foi colocado na cirurgia da retirada do tumor, ainda durante minha primeira internação. Antes da alta, eu tirei o dreno e fui para casa sem nada. Quando estourou a fístula já não tinha mais dreno nenhum, mas ficou um buraquinho no lugar. Acho que a pressão, imagino eu que foi tão grande que o líquido saiu por ali. Quer dizer, tinha um curativozinho, curativo comum. E de repente, senti que uma

coisa quente saía por ali, quando eu olhei aquilo tudo, com um cheiro terrível, fui imediatamente para o hospital e lá fiquei 28 dias.

Fiquei 28 dias internado, fiquei no quarto mesmo, não precisei ficar na UTI, nem de uma nova cirurgia, fiquei tomando antibiótico até que aquilo fosse cicatrizando. O médico falou que se não resolvesse sozinho teria que abrir e costurar, mas que era para o organismo reagir e que ele ia reagir naquele tempo todo ali internado, tomando os cuidados que a gente tinha que ter e com a minha colaboração. Nesse período, eu emagreci quinze quilos, mas não fiquei abatido a ponto de não poder andar, nem nada, foi normal, bem tranquilo. A minha alimentação era praticamente só soro, quase nada, uma sopinha, só líquido, líquido, líquido que era absorvido no estômago ainda que não fizesse massa fecal, porque não podia, entrava por aqui e saía pelo lado aqui, mas tudo bem. Nos exames que eu tenho feito, isso aqui quase não aparece. Tá tudo bem cicatrizado. Não me incomoda absolutamente nada.

Emagreci quinze quilos no hospital e saí bem de lá. Nunca mais tive nada, problema nenhum. Comecei a fazer quimioterapia, foram seis meses, uma a cada quinze dias. Implantei o cateter, foi a opção que o médico me deu. Ele disse “o senhor faz aqui, põe o cateter”, o cateter é mais cômodo, porque com todo o problema da rigidez, acho que das artérias, veias, é complicado e tal. E aqui não. Então fizemos. Estou com ele até hoje, já faz três anos e meio. Fará quatro anos agora em agosto de 2011. E não sinto absolutamente nada, como se nada tivesse acontecido comigo. Tenho feito os exames de três em três meses, de seis em seis meses, agora devo fazer mais um, nas colonoscopias que eu fiz não foi detectado nada. Absolutamente nada.

Já recuperei o peso que perdi. Tenho cuidado para não aumentar o peso, isso me preocupa. A partir de agora, do final de ano (2010), a gente vai para praia e abusa um pouco. É e eu estou sentindo que vou ter que devolver, porque eu começo a fazer uma caminhada, e me sinto meio cansaço, ando dois quilômetros, parece que eu andei dez quilômetros, tem alguma coisa errada, peso, falta de exercício. Então eu vou, eu preciso diminuir pelo menos uns quatro quilos.

Tomei suplemento quando eu saí da cirurgia. Fiquei tomando suplemento, umas latas, não me lembro do nome, fiquei um tempão por causa da fístula que abriu. Mas depois, não tomei nada.

Depois da cirurgia, eu não fui orientado sobre o que poderia ou não comer, eu perguntei. Olha o senhor tem que manter uma vida saudável, eu já sabia a resposta, porque o seu problema é o colesterol, mantenha isso que você está mantendo. Porque eu acho que no câncer, não é que o que você deve comer isso ou aquilo que vai provocar. Então, eu continuei mantendo a mesma alimentação, não facilito até hoje em nada, principalmente, carne. Eu gosto, mas tenho as minhas reservas, o meu cuidado.

Quanto à minha alimentação, eu sempre comi muita fruta e verdura, sempre, sempre. Nunca abusei de carne, coisas assim que pudessem fazer mal, nunca. Durante a quimioterapia, o paladar ficou prejudicado. Agora estou lembrando que eu não tinha muita vontade de comer, eu olhava para um pão e pensava esse pão não vai descer bem, mas se eu comesse, digamos uma fruta, descia bem. Havia o problema de não pôr a mão no gelo, de não poder tomar sorvete, não poder tomar nada gelado que já me dava uma coisa ruim na garganta, dava impressão que ia fechar a garganta. Isso eu tinha, e o paladar mudou bastante. E hoje o paladar voltou ao normal, como se nada tivesse acontecido. Às vezes, eu tinha que insistir para comer, comia um pouquinho, às vezes, até sem fome durante a quimioterapia, principalmente nos dias em que eu saía de lá. Depois normal. Eu não cheguei a procurar alimentos mais saudáveis depois que descobri o câncer, como a mesma coisa que eu comia. Frutas. Eu não mudei nada, não pensei em passar a comer isso porque isso é melhor. O paladar já voltou ao normal, sem dúvida. Terminou a quimioterapia já faz tempo. Não tive problema, já voltou ao normal.

Sempre tomei bastante líquido, até porque eu sempre tive problema de cálculo renal devido a um índice alto, que eu tenho, de ácido úrico. Então, ele forma cálculo e eu já tive alguns problemas no rim por causa do cálculo. Então eu tomo para evitar a formação das pedrinhas. Antes de descobrir o câncer eu já tomava bastante também. E durante a quimioterapia, não aumentei, eu tomava a mesma coisa. E agora continuo tomando. Uma média de um litro por dia, não mais do que isso.

Em relação à atividade física, eu fazia, digamos, uma atividade física relaxada. Depois que operei o coração sim, fiquei assustado e durante cinco anos fazia caminhadas. Sem problema nenhum. Faço teste de esforço sempre e não aparece isquemia, não aparece nada. E engordei os quinze quilos que eu perdi

depois do problema que tive, já recuperei todos. E não sinto nada, como bem, durmo bem. Fazia só caminhada três vezes por semana. Durante a quimioterapia, não fiz nada. Até perguntei para o médico qual é o cuidado que tem que ter, o que devia fazer, ele disse que deveria ter uma vida normal, com todos os cuidados que eu já tinha do outro problema, só isso. E agora não estou fazendo.

Meu hábito intestinal antes da cirurgia era e continua excelente, todo dia de manhã eu vou e tenho que ir no banheiro, o mesmo número de vezes de antes, não aumentou. Eu gosto muito de fruta, de verdura, talvez quando exagero um pouco, mas isso é muito difícil, eu vou duas vezes por dia. Mas normalmente não, só uma vez e de manhã.

Eu durmo assim que é uma maravilha, se a gente continuar conversando aqui, eu acabo dormindo. E durante a quimioterapia, o hábito de dormir não foi alterado em nada. O que aconteceu foi que eu fiquei um pouco depressivo, fiquei bem depressivo, mas passou e eu vi que estava cada vez melhor, que eu estava melhorando bem (*Emoção!!! Enche os olhos de lágrima, embaraça a voz*).

Nunca tive problema com álcool e cigarro, não tenho a mínima vontade. Vou para a praia, tomo uma latinha de cerveja para participar ali de uma conversa e acabou-se. E durante a quimioterapia, não bebi nada, nada, nada.

Coloquei cateter antes de iniciar a quimioterapia e estou com ele até hoje. Durante a quimioterapia, eu ia com a bombinha aqui do lado, acho que vinte e quatro horas, saía daqui com ela, passava o dia e voltava no terceiro dia para tirar. A minha adaptação com a bombinha foi boa, sem problema nenhum. Dormia com todo cuidado para não me deitar em cima dela. Para tomar banho, tinha mais cuidado, tinha que deixá-la meio separada, eu a envolvia num plástico, amarrava bem, e banho era à prestação. Mas também não me incomodou não. O cateter também não me incomoda, às vezes, se ficar deitado sem dormir, digamos assim umas duas horas, com tudo isso aqui em cima, a hora que volta o corpo, eu sinto uma coisa estranha, quer dizer, não é nada. Eu sinto que tem alguma coisa a mais no meu corpo, mas não faço esforço, não faço nada, porque eu tenho receio. Isso aqui deve estar bem colocado. Mas a gente tem receio, porque tem que ter com um equipamento desses aqui dentro. Quanto à limpeza dele, eu me preocupo e faço religiosamente dentro de 30 dias, não deixo passar, se passa, passam 5 dias. Uma semana eu não deixo passar.

Durante a quimioterapia, eu tive diarreia, um pouquinho, muito pouco, muito pouco. Aquela vontade digamos de eliminar gases e quando ia ver, não eram gases, eram fezes. Mas muito pouco, muito pouco. Enjoo, eu não tinha. Eu tomava remédio pra enjojo durante a quimioterapia e nunca tive enjojo, mas eu tomava antes. Saía de casa, tomava tudo que tinha que tomar. Eu nunca deixei de tomar. Vamos ver como vai ser?! Não, eu tomava e não tinha enjojo. Nunca tive enjojo e nem cheguei a vomitar. Hoje não tomo mais nada.

Cansaço, eu sentia um pouco. Fazia a quimioterapia, ia para casa e dormia bastante. Ficava em casa, não estava trabalhando. Hoje em dia eu trabalho, mas eu fiquei assim, um ano e pouco afastado. E eu tinha bastante sono. Dormia. Ficava mais em casa, só em casa. Não, eu saía, dirigia, tudo com a bolsinha, sem problema nenhum. Dormia durante o dia, mas também dormia à noite. Não é porque dormia de dia que perdia o sono de noite. Dormia de noite também. Não tomava remédio nenhum para dormir, nada, nada, e dormia muito. Feridinha na boca, eu não cheguei a ter. O médico me deu o remédio para a afta que poderia sair. Não tive problema nenhum. Uma ou duas vezes, eu tive que fazer um gargarejo ali, porque senti.

Ah, sem dúvida eu cuidei da pele. Houve um verão durante o período de quimioterapia, mas eu nem passava onde tinha sol de receio. Quando fui à praia, eu passava o Episol fator 80. Passava aquele gel na parte onde não podia pegar sol. Mas também não para ficar exposto ao sol. Mas para ter uma proteção quando eu fosse sair, às vezes, para um restaurante, alguma coisa. Eu sei que pode dar problema, das veias ficarem, parece que escurecidas, de a pessoa ficar com muita mancha na pele também. Eu não fiquei com mancha nenhuma. Passava protetor solar e evitava o sol, mas não passava hidratante, nada, nada.

Uma reação, sensibilidade diferente que ficou até hoje depois da quimioterapia, e o Dr. Fabrício disse que isso pode ficar mais algum tempo, são os pés, que eu sinto parece que uma caimbrãzinha no dedo. Na hora que eu estico o pé, os dedos ficam esquisitos, mas gradativamente está passando, está demorando, mas está saindo. Não tenho o que fazer para diminuir isso, não faço nada, absolutamente nada. Se eu sair correndo daqui até a frente ali, eu sinto que eu tenho um problema no pé. Mas normalmente nem sei que tenho pé, não é nada que me incomode.

Estou me lembrando o seguinte, eu tive algumas vezes, até uns dois anos atrás, começava me dar uma coceira no braço, na perna, qualquer lugar do corpo, e aquilo ia e eu tinha que tomar antialérgico. Até em Santa Catarina, eu estava em um hotel, almoçamos, e durante a viagem começou a me dar uma coceira desesperadora, tive que entrar no hospital e tomar o antialérgico, que não toma na farmácia, porque me dava essa coceira. Não sei se isso era algum condimento que não me fazia bem ou da quimioterapia, não sei se podia ser e também isso desapareceu. Coisa que eu nunca tive foi esse tipo de coceira. Ela vinha e desaparecia. Tive isso umas três vezes e tive que tomar antialérgico, isso aconteceu acho que uns 4 ou 5 meses depois de ter terminado a quimioterapia.

Fiquei internado para fazer a cirurgia do intestino, para fazer a revascularização do coração. Outra vez eu também tive cálculo renal, por azar meu, foram cálculos nos dois ureteres, não saíam e eu estava quase entrando em uremia. Passaram uma sonda e fiquei uns 30 dias com aquela sonda. Foi a única vez. Isso bem antes da cirurgia do intestino, uns cinco anos atrás.

Durante a quimioterapia, não me internei, não precisei de transfusão, não tive febre, nada, nada. Eu sentia às vezes um calorão, colocava o termômetro, mas não era febre. Estava com toda a medicação na minha frente, para qualquer emergência, tomar providência, mas não precisou.

Depois de fazer o tratamento de quimioterapia, não tive nenhum outro problema. Eu fui operado de apendicite quando eu tinha 10 anos, isso faz 45 anos atrás. Nunca tive problema.

Hoje continuo tomando sinvastatina, alopurinol para o ácido úrico, tomo também aspirina. Não é todo dia, que sei que isso também afina demais o sangue. Se eu precisar de uma cirurgia de emergência, eu tenho que esperar um período para poder fazer. Só isso.

Pressão alta eu tenho, agora está equilibrada porque eu mantenho a alimentação controlada. Tiro a pressão todo dia, sempre doze por oito, treze, às vezes quatorze, mas não passa disso. Diabetes, não tenho. Ultimamente, eu tenho tido um pouco alterada a minha glicose, está em cento e dez, no limite ali. Seguro um pouco o doce, açúcar, pão, carboidrato. Controlo na alimentação. Nunca tomei remédio para diabetes.

Parei de trabalhar aproximadamente há um ano, fiquei dispensado. Voltei a trabalhar, já tenho tempo para me aposentar, mas não gostaria de me aposentar já, para não ficar maquinando em casa, coisas assim, motivo da saúde e até da doença. Meu trabalho não é uma coisa tão pesada e por enquanto vou mantendo assim. Eu trabalho no Tribunal de Justiça, eu sou oficial de justiça. Então, meu serviço é na rua, estou aqui, estou lá. Estou em um bairro, estou em outro, converso com um, converso com outro. Não tô preso em quatro paredes ali, horário, ponto. Não há nada que possa me levar ao estresse de trabalho, por isso que ainda estou trabalhando. A aposentadoria é obrigatória aos 70 anos para o funcionário público, eu estou com 55. Então, de repente eu chego até lá e daí tenho que sair mesmo. Minha esposa trabalha junto comigo e daí enquanto ela estiver trabalhando, pretendo ficar junto com ela, quando ela atingir a idade que não está longe, daí a gente sai junto.

Na minha família, houve um caso de câncer, um irmão meu, o mais novo, foi de fígado. Já faz uns cinco anos, ele teve o problema, não acreditou que fosse uma coisa séria, uma coisa grave. Mudou-se daqui para o litoral. Ficou lá pra ter uma vida melhor. A coisa foi se agravando. A barriga foi inchando. E quando daí, tinha que tomar providencia, já não deu mais. Não adiantou mais. E só, na família, só ele. Somos 5 irmãos, agora 4. Minha mãe é viva, não tem problema nenhum, meu pai faleceu de outra coisa. Minha esposa, mas daí seria o lado dela. A mãe dela faleceu de câncer, 50 anos atrás, quando os recursos também eram outros. Mas ninguém mais.

Tenho muita preocupação com minha família, sempre tive. Sou família, sou muito família. Sou preocupado com eles, qualquer coisa que eles tenham já estou ali em cima. Quer dizer em cima, não procuro transmitir para eles: olha você tá doente. Mas me preocupa. Tem alguma coisa, vamos fazer isso, faz exame, faz aquilo. E eles também ficam preocupados, o pai já teve, eu tenho medo. Isso eu sinto neles, eles acham que vão ter, porque eu tive. Isso não quer dizer nada, a gente tenta convencer, nós somos cinco irmãos lá em casa, nenhum teve problema, meu irmão faleceu esse ano de câncer mas foi um caso, não sei, mas entre os demais, ninguém teve infarto, ninguém revascularizou, ninguém teve outro tipo de doença. Então, não é porque eu tive que vocês vão ter também. Isso me preocupa bastante. A saúde da família.

Quem mais cuidou de mim foi minha esposa. Em casa somos eu, minha esposa e dois filhos ainda solteiros, tenho uma filha casada. Quem mais cuidou de mim, foi minha esposa, só a esposa.

Quanto à rotina familiar, só quanto à alimentação houve mudança. Nesse tempo que eu estava fazendo quimioterapia, havia uma comida um pouquinho separada, mas não que eu não comesse a comida deles, até porque havia determinada comida cujo cheiro eu não podia nem sentir. Então, eu tinha uma alimentação especial, por um determinado tempo, mas hoje eu como, me sento com eles e como o que eles comem. A mesma coisa. Vou ao restaurante, como, não facilito com coisas gordurosas, que eu sei que não fazem bem para o intestino e também para o coração. Tenho já problema de revascularização. Se começar a facilitar, daqui a pouco eu tenho mais artérias entupidas. Então esse hábito eu estou mantendo de não comer comida gordurosa.

A vida íntima com a minha esposa não mudou. Só durante a quimioterapia, aí sim, porque ficava uns dias com a bolsinha. Mas fora isso, sem problema, uma vida normal. E hoje continua a mesma coisa de antes, sem problemas.

Eu sou uma pessoa preocupada, mas sou controlada. Talvez até que seja um erro, um defeito meu ser assim. Quando eu tenho um problema, não saio gritando com todo mundo. O problema é meu, eu tenho que resolver. Eu não saio gritando com filho, com mulher, com isso, com cachorro.

Tive um momento assim de depressão, mas não cheguei a fazer acompanhante com psicólogo. Sabe o refletir, o pensar na vida, com isso você vai, vai, vai, quando se dá conta abaixa um pouquinho o astral. Falei com o meu cardiologista, e ele me deu medicação. Nem comprei, deixei pra lá, porque já fui me erguendo de novo e pronto, não precisei de nada. Não consultei ninguém. Me sentia depressivo. Pensava no que vale a vida, e agora, essa doença, como que vai ser, câncer, meu Deus do céu. Mas ao mesmo tempo que via que a coisa estava evoluindo bem, eu ficava melhor, eu ficava bem, então acho que isso também foi que me ajudou a tirar esses pensamento da cabeça, sem que precisasse tomar ou consultar alguém. Eu tinha medo, medo da morte, como vai ser agora, puxa, mas por quê? Se eu sempre tive uma vida saudável, cuidei e me acontece uma coisa dessas. Mas depois passou, hoje estou cem por cento.

Nunca senti discriminação alguma durante o tratamento. Absolutamente nada, nada com ninguém. Cuidado e preocupação a família tem. A gente sente, mas agora não mais. A minha família tem um cuidado, a impressão que eu tenho que tem um cuidado um pouco maior comigo. Isso eu sinto. Bem atento. Eu quero fazer alguma coisa, vamos fazer, pai, e me deixam mais à vontade, isso eu sinto.

Em relação ao lazer, eu não modifiquei minha rotina devido ao câncer. Eu viajava, continuo viajando. Fiz algumas viagens para o nordeste que nunca tinha feito. Aproveitei e fui. Pretendo fazer outras viagens, se o dinheiro der, para fora do Brasil. Até pela idade, daqui a pouco estou aposentando, então, vou ficar só aqui, fazendo o que da vida. Mas não pensando em vou morrer amanhã e vou aproveitar hoje, não estou pensando nisso. Mas continuo com o lazer, viajando.

Sou católico, continuo sendo católico. Continuo frequentando a igreja. Normalmente, aproximadamente, uma vez por mês. Depois que descobri o câncer, não me apeguei mais, continuei mantendo o mesmo ritmo que eu tinha antes. Fiz uma visita em Santa Catarina, em Santa Bárbara da Imperatriz, numa reza que a família toda ficou fazendo para mim, tem uma imposição das mãos, que tem uma história de cura, que muita gente já se curou. Então eu fui lá pessoalmente, agradecer a Ele e tal, e só. Nenhuma outra coisa que eu tivesse feito. Agradecendo sempre a Deus por estar aqui onde me encontro. E hoje em dia continuo nessa mesma frequência indo à igreja. A única coisa diferente que eu busquei foi essa reza em Santa Catarina, não tomei nenhum chá diferente, homeopatia, nada da medicina alternativa.

Quando descobri a doença e durante todo o tratamento, procurei informação na internet, duvido quem não procure também. Eu sou apaixonado pelo Google, viu, ele te diz tudo, te fala, ele faz comentários, então a gente vai, dá uma olhada, dá uma pesquisada, ver o que você tem, o que já fizeram, o que acontece. Isso eu fiz. Sou curioso nessa parte. Não acho que a informação me tenha prejudicado, absolutamente não. Tudo o que eu li ali foi o que o médico já tinha me falado, que outras pessoas que tiveram me falaram, é tudo a mesma coisa. Tive contato com outras pessoas que tiveram o mesmo problema, não na clínica, na clínica eu não gostava nem de comentar. A todas as pessoas que eu perguntei, que foram poucas, todas sem problemas nenhum. Parentes. Parentes de parentes, parentes casados

com primo meu que moram no Rio de Janeiro, que já seis, sete anos, já tiveram isso e estão bem. “Está tudo bem contigo? Está bem”. Não quero saber mais de nada.

Eu fui muito bem atendido, tanto aqui quanto lá no hospital, porque lá, aliás, eu só fui lá a pedido do Dr. Luiz Antônio, que é o meu médico hoje, e do Dr. Fabrício para fazer esse implante de cateter que teria de ser feito lá. Eu fiz esse implante e voltei aqui, daqui comecei a fazer o acompanhamento com o Dr. Fabrício, uma pessoa extraordinária. O Dr. Luiz Antônio acompanhando os demais, a parte mais da cirurgia, o acompanhamento que tem que ser feito. Quanto à quimioterapia, o pessoal de enfermagem também, eu nunca tive problema nenhum, nada, nada, absolutamente. Fui muito bem atendido. Sempre o que tinha que ser feito, foi. E não tenho queixa nenhuma.

Os exames que eu faço agora de rotina são CA pra ver o índice de... Como se chama? Para ver como está o câncer. Colesterol, ácido úrico, tomografia, ecografia do abdômen, chapa do pulmão, esse eu faço sempre. Agora, a cada seis meses. Talvez o médico diga “olha, nós vamos espaçando, se for tudo bem, dentro de um ano...”. Ano que vem tá prevista a retirada disso aqui (*do cateter*). Aí, não sei como será o controle.

Continuo com a minha vida normal, não acrescentei nada, não tirei nada. E procuro nem pensar mais nisso. A única preocupação minha agora é tirar logo isso aqui (*aponta para o cateter*). Chegar os cinco anos previstos, desse cuidado que tem que ter e vamos ver para frente. Tenho a mesma vida que eu tinha antes de começar a quimioterapia.

#### 4.2.2 Descrição relato 02

Tenho 49 anos, solteiro, moro com minha mãe, me aposentei faz dez anos, durante o tratamento do câncer eu não estava trabalhando.

Antecedente a este tratamento, o histórico é o seguinte, eu contraí AIDS em 1986, então eu já tinha um preparo psicológico e comportamental para me cuidar, tanto que até hoje estou vivo, vinte e poucos anos depois de ter contraído o vírus. Eu nunca tomei nenhuma medicação, mas ao mesmo tempo quando eu tomava um produto, sustagem, por exemplo, eu comia aveia com frutas, germe de trigo, tudo

isso era uma vitamina matinal, depois almoçava bem, dormia bem e assim foi de 1986 a 1998. Eu nunca tive problema nenhum de saúde, de repente tive uma toxoplasmose que pegou o meu lóbulo frontal direito e me causou um problema neurológico na parte motora. Nessa ocasião eu comecei a tomar o coquetel, porque até então eu nunca tinha tomado o coquetel, o coquetel já existia, já tinha aparecido o AZT, mas o doutor que me cuidava na época, falou: “Não vamos tomar nenhum medicamento experimental, vamos esperar outro produto”. Tratei a toxoplasmose, ficou só uma calcificação, e o problema motor, lógico, não tive mais problemas. Depois disso, em 1994, eu tive uma necrose na cabeça do fêmur, tive que colocar uma prótese de quadril, de cerâmica no lado direito, porque a minha perna doía muito e eu estava tomando muito analgésico. Após um ano recuperado desta prótese, eu comecei a sentir dores abdominais, foi quando apareceu o câncer. Há aproximadamente três e meio.

Fiz uma bateria de exames e com os resultados eu comecei o tratamento. De sintomas iniciais, eu tinha dor abdominal, uma inconstância intestinal, uma hora minhas fezes eram de um jeito, uma hora estava ressecado, outra hora não era. Mas eu me lembro de que era uma dor, parecia com uma dor renal, tanto que eu fui direto ao nefrologista. Fiz uma bateria de exames, porque eu achava que a dor era no rim, porque eu nunca tinha tido dor de intestino. Apareceu a primeira dor, eu me lembro direitinho, eu estava em casa, eu moro em Guaratuba e era verão, isso era novembro, e o meu diagnóstico foi no final de fevereiro, início de março, quando eu consegui diagnosticar que era um câncer de intestino.

O que aconteceu, eu estava na minha piscina e era época de manga, comprei um monte de manga e descasquei, pus no gelo, na vasilha com gelo em cima e fui comendo dentro da água, brincando. Como se fosse um sorvete e eu me lembro que senti uma dor horrível, parecia que tinham enfiado uma faca entre a pelve e o intestino, parecia que tinham enfiado uma faca. Eu não sei como eu consegui sair daquela piscina, eu me não lembro como, eu lembro que eu arranhei a perna, minha mão ficou machucada de tanta dor. Consegui sair, melhorou um pouquinho, e eu consegui ir até o pronto-socorro com a ajuda de um amigo meu, telefonei para ele e ele foi me buscar.

Eu estava sozinho na piscina, sozinho em casa, liguei para esse meu amigo, que é meu faxineiro, meu jardineiro, ele trabalha comigo. Eu liguei para ele e falei:

“Agnaldo, venha me buscar porque eu estou precisando de uma ajuda”. Ele veio na hora, ele é motorista da prefeitura também, o trabalho que ele faz para mim é um extra. Ele foi me ajudou, me levou para o pronto-socorro, tomei soro, plasil, analgésicos e voltei para casa. Desde então, começou a dor, mas ela não era bem forte desde o início, ela começava pequena e aquela dor meio um comecinho de cólica renal, porque eu já tive cólica renal, a dor era muito parecida. Mas essa dor corria, eu sentia gases andando pelo peitoral, por tudo, era uma coisa horrível, mas eu tomava buscopan e melhorava. Foi quando saiu o diagnóstico em fevereiro do ano seguinte e eu já operei.

Entre os sintomas e o diagnóstico foram quatro meses, novembro, dezembro, janeiro, fevereiro. Porque isso também foi outra história, primeiro fui ao nefrologista, depois o nefrologista viu que eu não havia nada, fiz uma bateria de exames, ressonância, fiz um monte de exames abdominais para ver, foi atrás de fígado, de coisa e tal. Foi quando chegaram na colonoscopia, e o aparelho da colonoscopia não passava, não passava, o adenocarcinoma já tinha penetrado, lesado o epitélio e só faltava uma película intestinal que protege o pós-epitélio, não sei direito explicar, para estourar tudo.

Quando a doutora Eloá, a primeira médica, no final de janeiro, disse: “Esse menino tem alguma coisa no intestino”. Esse menino, desse jeito assim. (*Risos*). Porque ela fez um exame que começava pela boca, descia passava no estômago e ia até não sei aonde, sei que era um exame novo. Aí ela chegou numa parte do intestino, isso já na colonoscopia, nisso foram os quatro meses para descobrir, porque eu tinha um intestino super-regular, toda manhã, era praxe, porque eu comia bem sempre, desde criança eu sempre comi bem, eu como muita fibra, abobrinha, chuchu, como minha mãe é do norte, então a gente está acostumado a comer muita verdura e eu nunca tive problema de intestino.

Agora eu não sei também se é por causa de medicação que eu tomo, eu não sei o que gerou isso. Mas até antes de começar esta sintomatologia, eu tinha o intestino perfeito, pode-se dizer. Sangramento eu só tive depois que começaram as dores e tinha também uma mucosa em volta das fezes, que era gozado, parecia assim uma secreção pulmonar em volta e ela não era assim espalhada, ela tinha toda uma estrutura como se fosse uma gelatina. Ela não se dissolvia, como se fosse uma secreção pulmonar, daquelas mais densas.

Antes do diagnóstico, já fazia uns dez a doze anos que eu fazia academia, três vezes por semana, daí nas férias parava, mas era assim, se você põe num limiar, era umas três vezes por semana. Durante a quimioterapia, não fiz porque eu fui tentar fazer em casa mesmo, como sou fisioterapeuta, eu tenho uma noção boa, então eu fui tentar trabalhar membros superiores com pouquíssimo peso, eu notei que isso fazia que eu me debilitasse ainda mais, ficasse cansado mesmo, fico um dia inteiro enjoado, cansado depois de fazer atividade física, daí parei de fazer. Até hoje não voltei a fazer mais nada.

Tenho um histórico de câncer na família, a minha tia morreu de câncer de intestino, pela família da minha mãe, quem mais morreu de câncer, meu Deus do céu, um tio e meu pai de pulmão. Foram pessoas bem próximas que sofreram muito com o câncer. Houve casos também de insuficiência cardiovascular, muitos da minha família têm problema circulatório. Meu avô acabou numa cadeira de rodas por causa disso, então existe todo um histórico, mas de câncer, tem de pulmão e de intestino.

Morei com minha mãe até a faculdade, primeiro emprego, aquela coisa assim, mudei para Guaratuba. Em Guaratuba, eu me estabeleci, tenho uma residência e lá eu morei até ter o câncer. Eu tenho um pouco de medo de sair daqui de Curitiba, ir para lá e ter uma recidiva, alguma coisa, então eu me cuido muito, eu sou minucioso até demais. Mas a casa continua ativa lá em Guaratuba, fico uns dez dias lá e volto, fico uns dois meses aqui, uns 15 dias lá, faço assim. Aqui eu fico na casa da minha mãe, tenho meu quarto lá ainda. *(Risos)*.

A cirurgia foi feita pelo doutor Paulo, um gastroenterologista, ele é quase um mestre de intestino, não sei direito e graças a Deus eu não precisei usar a bolsa de colostomia. Fiquei uma semana praticamente no hospital sem me alimentar, só com soro e líquido. Tanto que a minha cirurgia foi um sucesso, segundo ele, porque estava tudo limpo, deu para prevenir bem infecção, que você vê que é um quadro que vai para frente. Fiquei uma semana à base de mingau, comendo muito pouquinho, colheradas de sopa, no máximo um pedacinho, digamos um décimo de uma torrada, alguma coisa assim que foi gradual, eu me lembro que era perto da Páscoa e a minha preocupação era se eu iria poder comer bacalhau e deu certo porque passou uma semana e o meu intestino já estava funcionando normalmente, ele não estava assim aquoso, estava com fezes firmes já. Fui para casa, ali a

recuperação era meio difícil porque a cirurgia era abdominal então era ruim para respirar e tinha toda uma higiene, eu lembro que usava até um absorvente feminino, que era mais firme e protegia mais a cicatriz. Aos poucos fui me recuperando, perdi muito peso nesta época, aliás eu perco peso muito fácil desde a infância. Eu fico nervoso, eu não consigo comer, eu tenho um emocional junto que impede.

Depois eu comecei a adquirir peso de novo, mas a recuperação boa, que, vamos dizer assim, que eu fiquei bem, pós-cirurgia, foi um mês e meio depois, quase dois. Logo em seguida eu vim fazer a quimioterapia, fazia de 12 em 12 dias a bomba infusora. Eu ficava três dias tomando, depois voltava ficava 12 dias parado. Comecei a quimioterapia mais ou menos um mês e meio depois da cirurgia.

Para o curativo eu tinha ajuda da minha mãe no começo, nos primeiros dias, depois eu mesmo trocava. Ela fazia a higiene, eu lembro que eu sempre fazia pós-banho, eu tomava banho, depois que eu tomava banho tirava o curativo e passava soro fisiológico, bem passado, depois passava uma pomada cicatrizante, colocava um desses absorventes femininos pequenos e colocava alças de esparadrapo, que não dá para pôr muito, que esparadrapo com o tempo vai machucando a pele.

Uns vinte dias depois, eu tirei os pontos, quase um mês depois eu tirei os pontos, foi no mesmo dia em que eu peguei o exame, até então eu não sabia, todo mundo já sabia que era câncer e eu não sabia, eu peguei o exame, lá perto da Vicente Machado, eu peguei o diagnóstico. Eu fiz estágio no Erasto Gaertner, então eu já tinha noção de terminologias, aí eu vi que já era, que a coisa não era brincadeira. Eu peguei, fui para casa, tinha tirado os pontos, depois que eu tirei os pontos, eu não usei mais curativo, nada. A minha cicatrização foi perfeita, não tive nenhuma complicação da cirurgia, nada, nada.

Depois comecei a quimioterapia, tive muita reação, bastante mesmo, porque a primeira quimioterapia, você vai muito tenso fazer, porque quimioterapia é sinônimo de corda bamba, você não sabe o que vai acontecer com você e eu fui muito bem esclarecido, inclusive, pela nutricionista, antes de começar a quimioterapia. A nutricionista se sentou comigo, falou os tipos de alimentação que eu podia ter, líquida, sólida, falou o que eu deveria evitar, me indicou uma medicação que você compra, uns frasconetes, uma alimentação mais lipoproteica, tinha um gosto de ferro, aquilo eu nunca esqueço. Durante a quimioterapia inteira, tomei essa alimentação lipoproteica. Depois eu só fiquei mais um tempo, mas eu

enjoei, eu não conseguia mais, ele causava até ânsia. Acho que o meu organismo já estava saturado, não precisa mais e eu tomava essa medicação.

Os efeitos que eu tive da quimioterapia, no começo, foram assim, uma tensão, você com medo, você vai, você chega em casa, você treme inteiro, normal pelo nervoso. Mas já na segunda, dava uma sensação assim de choque elétrico ao beber água, na garganta, nas terminações assim, nos dedos. Começou, também, a instabilidade intestinal, que é horrível, uma hora você está preso, outra hora você tem que usar até um fraldão, que é um líquido, você não sabe se vai acontecer à noite, não sabe se são gases ou fezes. Tinha muita fraqueza, muita fraqueza, tive emagrecimento, tive muita depressão, deprime muito, toda vez que tinha quimioterapia e que ficava naquela sala de espera, era um coisa que me abalava, tensão, por não estar na sua casa, isso fazia com que eu ficasse deprimido também. Mas ao mesmo tempo tinha que fazer, tinha, não adianta, o dilema é esse, tem que fazer, não adianta.

Isso foi muito difícil, tive febre, peguei gripe, fiquei com a imunidade bem baixa, tanto que dos exames que eu faço que são de controle do HIV, que é o CD4, que é a carga viral, a carga viral continua indetectável desde que descobri a AIDS até hoje, minha carga viral sempre foi indetectável, mas o CD4 e CD8 chegaram a ficar com 14,20 células, é contagem de células que a gente chama e agora, por exemplo, são seiscentas e poucas. Então, no câncer, ela desceu, de quinhentos e poucas ela foi para trezentos, duzentos, então eu peguei gripe, eu tive febre, fiquei muito alérgico, ressecamento de pele, cabelo foi caindo, não caiu totalmente, eu não cheguei a ficar careca igual a cabeça de ovo, que eles chamam, mas eu fiquei com várias falhas no cabelo e uma cor esquisita da pele, uma cor meio assim azeitona. *(Risos)*. Eu chamava assim. Agora eu faço piada, mas é que eu fiquei uma coisa, uma cor meio, não sei se é esverdeada ou acinzentada. E as minhas articulações ficavam bem pretas na mão, parecia que eu tinha pego num jeans escuro, preto e bem nas articulações ficou manchado. Nos dentes, não aconteceu nada, porque a minha dentista acompanhou, porque eu não podia ficar fazendo, por exemplo, se tinha um canal, alguma coisa era difícil de abrir, pois poderia ficar uma porta aberta de infecção. Então eu cuidei assim, eu ia lá, ela olhava, evitou fazer aquelas limpezas a jato, porque aquilo lá podia machucar a gengiva.

Tive muita afta, tive muita cândida na boca. Tanto que eu tomei aquele remédio, não era a nistatina, porque a nistatina era fraca, era outro, um remédio que você toma dois comprimidos, são caros, mas tinha que tomar aquilo quase semanal. A nistatina também me dava muito enjojo, o gosto daquilo é muito adocicado, então não adiantava tentar resolver uma coisa e piorar outra.

Micose nas unhas nunca tive, no meu pé apareceu, agora já curou, mas apareceu, nunca tive micose nem nas imunidades bem baixas não tinha e apareceu micose nos dedos dos pés, nas mãos não. Mas eu notei que me enfraquecia a unha.

Tive ressecamento de pele e muito prurido, muita coceira, o ressecamento e a coceira junto, a partir do momento que coçava, perdia células da pele, então apareciam pequenos grosseirões em volta do pescoço, no rosto, como se você tivesse comido um fruto do mar estragado, um grosseirão meio arroxeadado, eu tinha muito aquilo.

Para a pele, quando ficava ressecada, até hoje, antes eu já usava cremes de pós-banho, hidratantes assim, tanto no verão quanto no inverno, mais no inverno e eu continuei, mas eu comprei um creme que antes eu comprava esses cremes de farmácia, assim sem perfume, eu comprei outro de que eu não lembro o nome, que já era medicinal. Então ele era uma super hidratação, usei isso para a pele, foi só o que eu fiz. E também tomava um corticóide, dexametasona, que até hoje eu tenho assim, caso eu faça a barba e resseque em alguns pontos, eu usava essa pomada também. Ah, o Ceral nas unhas por causa da micose, não chegou a aparecer frieira, coisa que, na adolescência, eu tive muito, porque adolescente tem muito hormônio, mas depois nunca mais, mas apareceu durante a quimioterapia. Outra coisa que apareceu foi reação alérgica entre a virilha, como se fosse um vergão, uma assadura, coisa que eu tinha na adolescência, mas depois não. E nessa assadura eu passava Hipoglós, mas não era tão constante essa assadura na virilha. Ah, também aparecia um pouco embaixo do braço, nas axilas, como se eu tivesse passado um limão na axila, se usasse algo com álcool ardia.

Tive enjojo e para o estômago eu tomava o Vonau, no final até o Vonau me dava enjojo, tomava, não aguentava aquele gosto dele e vomitava em seguida. Era assim um remédio caro, tinha outro também, foi aqui que me ensinaram a tomar Nausebron, que era melhor tomar o Nausebron do que o Vonau. O Vonau, eu fui suportando, mas nunca gostei porque ficava o gosto por baixo da língua, espalhava

a saliva e ia. Enquanto o Nausebron não tinha tanto gosto, eu tomava o Nausebron, mas mesmo assim, eu tomava, almoçava, chegava a jantar uma vez ou outra, porque senão, o que ficava, vomitava. Os vômitos eram constantes.

Eu não podia comer as coisas rapidamente, se batesse no estômago, por exemplo, um copo de água gelada, você com sede, você vai “glub, glub, glub” e toma, eu não podia fazer isso, descia no estômago e voltava, parecia uma pedrada no estômago. Eu tinha que tomar água entre os dentes, puxando entre os dentes para matar a sede e saciar.

Com comida também era assim, tinha que ser devagar. O meu apetite era horrível. Eu não tinha apetite. Cheguei a ficar uma semana sem comer, eu tinha nojo da comida porque era sinônimo de vômito para mim. O cheiro, ah o olfato, o olfato era uma coisa que incomodava muito, porque eu ligava a torneira do banheiro e sentia o cheiro de cloro da água. Ficou muito mais aguçado, meu Deus, como ficou, por exemplo, se eu estava enjoado, se eu fosse almoçar, eu tinha que sair e esperar o cheiro da comida quente, que é uma delícia, passar, sair do ambiente para daí fazer meu prato e comer. Se eu comesse com o cheiro da comida incandescente, podia saber que eu iria vomitar em seguida, e era muito vômito. Eu, quando fico nervoso, já vomito, mas isso quando estou nervoso, ainda mais com toda aquela medicação eram dois minutos para eu vomitar. E vomitava assim, havia horas em que tinha que tomar soro, de tanto vômito, para reidratar.

Fora essa semana que eu fiquei sem comer nada, nas outras eu comia bem pouco. Comia várias vezes ao dia, mas mesmo várias vezes ao dia comia lá uma banana nanica, passava duas horas, eu comia metade de uma maçã. Chegava no almoço, eu comia um bife de carne moída ou um frango grelhado. Mas a náusea era um negócio difícil de passar, tinha que comer devagar e mesmo assim já me sentia saciado só com o cheiro. Digamos que 90% dos dias do tratamento foram assim.

Para o intestino, não havia muito o que fazer. Eu fazia assim, quando ficava muito preso, eu tomava água, comia mais castanha, amêndoa, essas coisas para soltar e soltava. E às vezes era uma diarreia constante, líquida, mas não era tão constante, não eram tão seguidas. Pelo menos uma vez por mês, eu tinha um desarranjo.

Para diarreia, eu tentava resolver primeiro na alimentação, comia coisas mais secas, cheguei a tomar um dia o Imosec, por exemplo, vinha para cá fazer a

quimioterapia e como é que eu iria ficar saindo, me levantando toda hora para ir ao banheiro.

Depois eu usei cateter, cateter que depois de dois anos começou a me irritar, entupiu, tive que abrir e trocar. Eu tinha que vir tomar a quimioterapia e nesse cateter é que me deu uma alergia bem forte assim em volta da cicatriz do cateter, chegou a fazer ferida, coçava, coçava, coçava. Não era por causa do curativo, porque sem o curativo era a mesma alergia, que dava na pele e parecia um grosseirão. Mas ali era bem mais forte.

Entupiu novamente depois que eu terminei a quimioterapia, estava fazendo controle de quatro em quatro meses, mas eu vinha mensalmente para fazer a limpeza, houve uma hora em que a heparina não ia mais, e o médico achou melhor tirar. Só tirou porque eu não tinha mais medicação para tomar, não fazia mais quimioterapia.

Sol até hoje eu tenho que evitar, mas eu era apaixonado pelo sol, nossa, eu passava o ano bronzeado se pudesse, porque eu adoro o mar, eu adoro água. E agora eu noto que quando eu vou tomar sol, eu fico com o rosto muito vermelho, parece assim que não me faz bem para a pressão, a minha vista fica meio embaçada, principalmente na piscina que vai cloro, bactericida, fungicida e limpa e faz, mas é uma água constante, fica dez anos a mesma água. Então eu noto que dá uma sensação de prurido na vista, coceira profunda, e o sol parece que intensifica isso, tanto que no verão, em janeiro eu nem fico em Guaratuba por causa que é muito sol, em fevereiro sim, eu tenho que tomar sol também, ir entrar na piscina depois das cinco e meia seis horas da tarde e mesmo assim não é muito saudável. Eu noto até assim uma indisposição orgânica, digestiva.

Parei de me expor muito ao sol quando começou esse problema do intestino, da história da manga, eu já notava que o sol não estava me fazendo bem, ali eu já comecei a cortar. Mesmo usando protetor solar, me dava esse efeito. Passo protetor quando estou na praia, e tenho que passar diariamente, às vezes, no rosto se eu for sair, se eu estou em casa, eu não passo. Porque a minha casa tem uma varanda, mas é muita sombra, então não tem problema. Mas se eu for andar pela rua no sol, passo no rosto e nos braços, nas pernas, não precisa. Que você está exposto, mas não está tão focado, não está deitado. Então, por exemplo, se estiver sem camisa, daí tem que pôr, mas se eu estiver com uma camiseta normal, de

manga, não preciso passar. Mas no rosto tem que pôr, nas orelhas, bastante no rosto.

Para essa sensibilidade que eu tinha na garganta e nas mãos, que dava choque, eu não fazia muita coisa para amenizar. O gelado era mais agradável que o quente. Por exemplo, se eu pegasse um objeto, um copo de gelo, ela se intensificava, era desagradável, era uma sensação horrível de tato, você pegava e aquilo parecia que dava um choque horrível. Pior era a garganta, eu sentia aquilo, parecia uma descarga elétrica e eu não fazia nada, eu tinha que comer, eu tinha que beber, então comia e bebia com esse gosto.

Tive muito cansaço. Eu dormia, terminava aquilo, limpava a bomba, tirava o cateter e tinha doze dias de folga. Nesses doze dias, cinco dias eu ficava dormindo o dia inteiro, depois eu ia evitando dormir. Tanto que de todas as quimioterapias, eu fiz uma, eu tomei uma medicação que se chama método canova, ela é natural, é homeopática, porque chegou na antepenúltima que eu não pude fazer por causa da contagem celular de plaquetas. Me indicaram esse Método canova e realmente foi muito eficaz para mim, não sei se psicologicamente ajudou, mas organicamente ajudou bastante e ele me acalmou muito. Me deixou calmo, me deixou mais confiante. Foi engraçado, esse Método canova, eu comecei a tomar, e as minhas plaquetas aumentaram e depois que eu terminei a quimioterapia, eu continuei mais uns dois meses tomando, então fez muito bem. Era em gotas, primeiro um frascozinho com um líquido, cuja composição não sei explicar, depois havia umas gotas que eram esse método canova, tomava todo dia, três ou quatro vezes por dia mais ou menos. É um tratamento caro, porque a consulta na época, há uns quatro anos, era quase trezentos reais. Era caro mesmo e, além disso, a medicação era cara, eu tinha que fazer numa farmácia especializada, que era depois do Bacacheri, passa o quartel e você chega à farmácia. Não sei se ainda existe.

Eu tinha muita sudorese noturna, aliás, eu tinha bastante febre também, tanto que eu pegava, dormia e o travesseiro se encharcava, inclusive nuca, peitoral e as costas, molhava a camiseta de torcer. Então eu tinha uma toalha, que é uma toalha tipo aqueles panos de limpar cozinha, que absorvia o meu suor todo, daí eu ia lá espremia ela e voltava para a cama, duas horas depois tinha que me levantar, torcer novamente e trocar a camiseta, chegava a trocar cinco ou seis camisetas por noite.

Quando eu tinha febre, eu ligava para meu médico. Fui muito bem assessorado, graças a Deus, por todos os médicos por quem eu passei, porque eu tenho 49 anos, desses 49 anos, 26 foram cuidando da minha saúde, e eu sempre tive bons médicos. Eu tenho acesso a todos eles, inclusive ao telefone residencial também. É assim com a infectologista, é assim com a doutora da quimioterapia, me dão liberdade para ligar a hora que for, é assim também com a médica da cabeça e pescoço. Eu fui no doutor Balin, fiz uma bioplastia, há dez anos atrás e começou a dar edemas, um processo inflamatório de rejeição, mas então eu tenho que tomar cuidado, tenho que tomar até corticoide, de vez em quando porque o edema não cede. Diariamente eu tenho que colocar bolsa de gelo duas vezes por dia, ficar meia hora com bolsa de gelo. Isso só aconteceu depois que eu terminei a quimioterapia, porque antes a bioplastia nunca tinha me dado problema. Tanto um lado ficou um pouco mais inchado e é crônico, não desincha mais, ela chega a ficar igual a uma bola de golfe, começou esse processo inflamatório pós-quimioterapia.

Durante a quimioterapia, a única vez em que fiquei internado foi porque não comi, fiquei uma semana no hospital para me reabilitar.

De alternativo, fora o método canova, eu incluí na minha alimentação na época, hoje eu não faço, eu tomava muito suco com couve, beterraba, procurava sempre comer cereais, eu gosto até hoje de aveia, granola, mamão, banana, então eu tinha mania de comer isso.

O dia em que ficava com a bombinha, não era muito complicado porque ela era bem conectada, até quanto à parte externa, que parecia uma mamadeira. Aquilo ficava num cinturão, que tinha uma bolsa, era muito bem colocada a cânula que levava a medicação ao cateter, então ele era bem suturado, as enfermeiras faziam uma segurança boa, mas mesmo assim cuidava para não puxar o fio, não bater, não enroscar em algum lugar. Na hora do banho, eu fazia assim, antes de ir à clínica colocar, eu tomava um belo banho, eu ficava exatamente 24 horas, no outro dia eu pegava e tomava um banho com o chuveirinho da cintura para baixo para não comprometer o cinturão. E em cima, com um pano, depois passava um creme, passava uma loção cremosa, porque eu tinha medo, a cabeça dava para ficar uns dois, três dias sem lavar e o rosto lavava normal, não tinha problema, o ruim era a higiene da cintura para cima, nas axilas, mais tranquilo, passava um pano úmido, geralmente com adstringente, evitava sabão porque tinha que enxaguar e eu tinha

medo que fosse água do banho, que tem bastante bactéria, resto de células, então eu tinha medo que fosse principalmente para o cateter.

Além de ingestão líquida que eu tomava mais que o normal, eu comia muita gelatina. Tomo uns dois litros e meio de água por dia.

Hoje, como um prato comum, à noite, janto sanduíche, pães, só não tomo mais as vitaminas com Sustagem porque realmente o Reabilit me tirou o gosto de tomar essas batidas. Mas agora de manhã, não como muito de manhã, como bem no almoço, à noite como mais leve e se eu como muito também, não me sinto bem. O apetite ainda não voltou ao normal, eu ainda sou meio anoréxico, eu penso na hora de comer: “Ai, meu Deus, a comida, será que eu vou conseguir engolir”. Tenho isso até hoje, ficou, mas eu como e quando eu estou tranquilo, eu como super bem. Agora, quando estou com algum problema, você fica muito sensível depois de uma quimioterapia, fica se sentindo mal, fica com mais panicozinhos, não precisa procurar um psiquiatra necessariamente, mas você fica assim. Por exemplo, toda vez que eu vou fazer um exame, eu faço o seguinte, faço uma bateria de exames de sangue, faço ecografia de abdome total, pelve e tireoide, raios-X do pulmão e de seis em seis meses eu tenho que fazer a colonoscopia. Quando está chegando perto, eu já marquei tudo, um mês antes eu marco todos os meus exames, então quando chega perto de fazer os exames, eu marco um mês antes e eu esqueço. Então, quando vai chegando perto, que eu olho na agenda, já vai me dando um nervoso, eu fico sem apetite. Todo dia é normal eu passar a noite sem ir ao banheiro, só porque aquele dia que eu preciso fazer a ecografia, que eu não posso ir ao banheiro, me dá vontade de ir ao banheiro. É uma coisa assim complicada, mas você tem que ter estrutura, respirar fundo e fazer.

Até então, eu fazia uma colonoscopia por ano, mas no final do ano passado, eu tive pólipos, e a doutora achou melhor fazer de seis em seis meses. Toda vez que eu olho aquele preparo, são dois dias de preparo, vai me dando uma moleza, uma moleza, quando eu lembro de tudo o que eu vou passar. Vai me dando um desespero, penso: “Ai, meu Deus, vou ter que fazer isso”. O preparo é terrível.

O meu sono antes da quimioterapia era normal, deito-me às onze horas e acordo às oito horas da manhã, sempre foi essa média. Durante a quimioterapia, eu dormia muito e pós-quimioterapia no primeiro ano eu dormia muito pouco. Agora eu

durmo seis horas por noite, não adianta, eu acordo e fico rolando na cama, fritando, como se diz, mas eu não durmo, não é um sono tão tranquilo, não é relaxante mais.

Não fiz acompanhamento com psicólogo durante a quimioterapia, nem hoje eu faço. Quanto à bebida alcoólica, eu não tomo, as vezes em que eu tomei foi na adolescência, e o meu fígado, desde a adolescência, se eu tomasse uma cerveja, eu vomitava, vomitava, então eu nunca fui de beber, parece uma intolerância. Quanto ao cigarro, fumei dos 15 anos de idade até os trinta e poucos, mas bem antes de acontecer tudo isso, eu já tinha parado, tinha parado em 1996, e o câncer foi em 2006, 2006, 2007, a gente esquece. Que eu terminei a quimioterapia, faz quase três anos.

O cuidado que minha mãe tinha comigo, ela fazia variações de comida, tentava variar no cardápio para não ficar uma coisa repetitiva para que eu conseguisse comer. Ela cuidava, se eu sujasse muito a camiseta, ela lavava, ficava preocupada me vendo o tempo inteiro. A preocupação dela era grande, coitada, ela já é de idade.

Agora, a minha urina, eu já tive problema de rim quando tive a toxoplasmose, quando eu comecei o coquetel, então tomar o medicamento me deu problema no rim. E a urina hoje ela é mais forte, tem odor mais forte, é mais amarelada, eu noto que ela é diferente do que era antes, antes era mais suave.

Depois da quimioterapia, sempre me dá vontade de voltar para a minha casa, voltar para o meu ambiente, que em casa da mãe você acaba sempre brigando, acaba levando culpa, não é muito bom. Então, eu sinto vontade voltar para minha casa. Sou meio nostálgico, eu me lembro muito do passado, eu não fiz planos para o futuro, não, eu vou fazer isso, fazer aquilo, não. Meu único plano é cuidar da saúde e ir vivendo.

Agora, quanto a passear, quanto a isso, eu acho que continua a mesma coisa que era antes, uma viagem por ano de uma semana ou mais, porque eu sempre fui muito acomodado, nunca fui de muita festa. Então, o meu passeio hoje em dia é ir a um bar, alguma coisa à noite, uma vez por mês. Agora, eu curto sair mais de dia, à tarde, durante a tarde, mas quando dá cinco horas, já tenho vontade de voltar para casa, ficar em casa.

Eu sempre fui católico e, como católico do interior, você vai muito à missa. Até hoje eu vou para a missa, então, eu sempre, quando pintava, lógico uma novena

participava, a gente é assim normalmente. Mas agora assim se eu te falar que mudou alguma coisa, não mudou, sempre o mesmo ritmo.

Vou fazer uma confissão, eu fumo maconha, tem esse detalhe. (*Risos*). E durante o tratamento, eu fumei maconha um tempo. Não é que eu fume hoje diariamente, essas coisas não, não digo assim, num sábado à tarde, vou para Morretes almoçar, vou lá na Graciosa, fumo e não chega a ser um vício diário. Mas semanal é. E na quimioterapia, foi vício diário porque eu arrotava quando fumava maconha e quando arrotava saía sabe aquele mal-estar, me sentia melhor. E eu fiz muito isso, quando eu via que estava nervoso, dava um jeito de arrumar. Eu comprava isso na esquina de casa, porque qualquer guardador de carro tem no bolso. Então dava uma volta, arrumava, voltava para casa e escondido de todo mundo, fumava, daí sentia, a sensação é essa, se você dá um arrote, daqueles “Arr..”, saía aquele mal-estar e você fica mais relaxado, você pega, passa a comer e você tem fome. Mas depois eu notei uma coisa, quando eu fiz a quimioterapia, esse ano fumei muito, depois no final da quimioterapia também já não estava aguentando mais sentir o cheiro daquilo. Tanto que hoje em dia se eu tivesse fumado todo dia, não ia dar certo. Porque eu gosto de fumar de 15 em 15 dias, num passeio legal, a gente vai lá acende um cigarrinho e fuma.

Mas agora, assim, na quimioterapia, eu fumei, fumei igual quando eu comecei, comecei a maconha aos 14 anos de idade, então fumava todo dia, duas vezes por dia, fumava antes do almoço para dar apetite, depois para fazer digestão. (*Risos*). Porque é uma coisa que nunca me prejudicou e gozado que eu nunca tive problemas na escola, eu nunca tive problemas de relacionamento. Nunca levei problemas em casa, com violência, com tráfico, nada. Era como se fosse uma cerveja, então eu fazia fora de casa, escondido, até hoje, nunca ninguém soube. Se olhar para mim, podem falar que tenho cara de tudo menos de maconheiro. No começo, fumava bastante, depois na época de faculdade você começa a correr muito, trabalhei muito, então era esporádico também.

Não comecei na primeira aplicação, no começo eu não ia fumar porque a doutora me falou que isso prejudica o fígado, então eu não ia fumar. Depois, quando me deu todo aquele acesso, eu peguei e fumei, falei: “Quer saber, eu vou fumar”. Fumei, esperei lá fora, voltei para dentro, veio aquele arrote e daí já veio a vontade de comer, eu não tinha comido o dia inteiro, eu me lembro de que eu comi uns

cremes de maisena, depois comi pedaços de pizza, que eu tinha em casa que a minha mãe faz, que ela fez para eu comer e eu não consegui, daí eu consegui comer um pouco, eu fui dormir e acordei mais disposto.

Eu não queria fumar para barbarizar, eu queria me sentir bem e a maconha tem esse efeito, tem até medicação à base de maconha. Tanto que, graças a Deus, nunca me deu problema nenhum, porque acho que Deus até ajudou, viu. Mas agora como disse só mesmo muito esporádico, acho que faz uma questão de um mês e meio a dois que eu nem vejo perto. Porque também a minha mãe tem uma loja e ela deixou a loja na minha mão, eu vou lá para a loja, fico mexendo em alguma coisa ou outra, chega à noite, você já está cansado e vai dormir. Agora, a última vez que eu fiz isso foi na Páscoa. Na Páscoa, que a gente foi para Antonina, Morretes, numa pousada, chegou lá, eu faço aniversário dia 18 de abril, então estava perto, eu peguei e fumei, foi a última vez.

Eu me sentia muito irritado, sem paciência, tanto é que estraguei amizades por intolerância, eu fiquei muito intolerante. Isso eu percebi depois da quimioterapia, hoje ainda sou um pouco. Eu não aguento as pessoas, não aguento coisas. Eu gosto de conversar com amigos, de se falar de vez em quando, lembrar alguma coisa. Agora, por exemplo, eu levava muita gente comigo na praia para passar uns 15 dias comigo, amigos e amigas, “Ah, vamos lá”, fazíamos comida juntos, tomava um sorvete na praça, aquelas coisas maravilhosas que o litoral oferece, fazia peixe e hoje em dia as pessoas dentro da minha casa me irritam. Eu parei, porque as pessoas que foram comigo até andei meio brigando. Porque eu não gosto mais, acho que fiquei mais intolerante.

### 4.3 ANÁLISE DOS RELATOS DE VIDA

A análise das entrevistas evidenciou que os sujeitos com câncer de intestino expõem uma trajetória de revelação-adaptação-vivência da cura, ou seja, o caminho percorrido do diagnóstico até o pós-tratamento quimioterápico.

#### 4.3.1 Revelação

Esta categoria descreve os vários momentos vividos pelos sujeitos na busca por soluções para os problemas que apareceram em seus corpos. Neste tópico há uma confluência de sinais e sintomas, lembranças da vida antes do adoecimento, assim como comportamentos e hábitos, culminando com o diagnóstico.

A vida antes do câncer para muitas pessoas é caracterizada com pouca preocupação acerca do corpo e da saúde física e mental. A falta de cuidados ou a aproximação de fatores nocivos ao organismo são, constantemente, identificadas em sujeitos com câncer como hábitos normais antes do adoecer. O ser inatingível parece prevalecer, desconsiderando a possibilidade de ser acometido por uma doença. Conforme relato a seguir:

Antes de descobrir o câncer de intestino, eu levava a vida toda desregrada [...]. Eu bebia antes de descobrir o câncer, não bebia pinga, mas cerveja e era meio exagerado, quase todo dia. Agora, cigarro eu não consegui parar, eu fumo desde os 14, 15 anos mais ou menos. Já faz uns 15, 16 anos que eu fumo. Antes eu fumava uma carteira por dia, agora estou fumando em média oito cigarros por dia, às vezes, dez se eu der uma escorregada, o dia que eu fico ansioso, nervoso eu fumo mais [...]. Eu não tinha horário para comer, era de madrugada, era de manhã, eu nunca tomava café da manhã, nunca gostei, era só um copo de leite. E eu comia de tudo, o que viesse, tudo que eu gostava, quando eu não gostava também não comia (S2).

Diante do relato de S2, percebe-se a pouca importância atribuída à sua saúde, existe o reconhecimento dos fatores nocivos, porém a sensação de prazer e de liberdade desencadeada por esses hábitos obscurece a atenção com a vida. Muitas pessoas consideram os exames preventivos necessários para sujeitos sintomáticos e não para os assintomáticos, esquecendo que a prevenção se refere ao cuidado antes do adoecer, e a detecção precoce de qualquer lesão pode salvar sua vida.

Verifica-se neste estudo comportamento similar ao observado por Borges *et al.* (2009), que tiveram como objetivo avaliar o conhecimento da população sobre as associações de sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool e alimentação inadequada com oito morbidades, entre elas diabetes, hipertensão arterial, câncer de pulmão, cirrose hepática e infarto agudo do miocárdio. Identificou que mais de 80% dos sujeitos se mostraram cientes das associações entre sedentarismo e infarto agudo do miocárdio; tabagismo e câncer de pulmão; consumo abusivo de álcool e cirrose; alimentação inadequada e diabetes.

Embora S2 não tenha referido conhecimento destas associações, relata ter diminuído o hábito de fumar após o adoecimento por ter ciência de seus malefícios, porém o fato de saber não foi bastante para levá-lo ao abandono do vício.

Sabe-se que a dualidade entre conhecimento e mudança de comportamento é um desafio para a saúde pública, visto que a alta prevalência dos fatores comportamentais supracitados é observada em um momento no qual o conhecimento da população é relativamente elevado. Reconhece-se, porém, que o conhecimento não é suficiente para a mudança de comportamento, mas é fundamental, além de ser o caminho para uma sociedade mais saudável (BORGES *et al.*, 2009).

Por outro lado, houve também sujeitos que expressaram que antes do câncer já adotavam práticas de cuidado para prevenção da doença e, promoção e recuperação da saúde, influenciados por doenças pregressas, como observado nos relatos a seguir:

Eu sempre tive uma saúde muito boa. Eu não bebo, não fumo, não tenho hábitos de vida noturna que fosse de ficar altas horas por aí. Nada, nunca tive nada. Sempre cuidei da saúde. Já fui revascularizado há seis anos, em 2005, tenho três [pontes de] mamas. Fazia exames periódicos do coração, a cada seis meses, faço colesterol, triglicérides, ácido úrico, glicemia, hemograma. Isso eu fazia sempre e tudo sempre dentro da normalidade. Então você já tem aquele hábito de cuidar, mais ainda do que já cuidava (S3).

[...] o histórico é o seguinte, eu contraí AIDS em 1986, então eu já tinha um preparo psicológico e comportamental para me cuidar, tanto que até hoje estou vivo, 20 e poucos anos depois de ter contraído o vírus. [...] eu comia aveia com frutas, germe de trigo, tudo isso era uma vitamina matinal, depois almoçava bem, dormia bem e assim foi de 1986 a 1998 eu nunca tive problema nenhum de saúde, de repente tive uma toxoplasmose que pegou o meu lóbulo frontal direito e me causou um problema neurológico na parte motora. Tratei a toxoplasmose, em 1994, eu tive uma necrose na cabeça do fêmur, tive que colocar uma prótese de quadril [...]. Um ano recuperado desta prótese, eu comecei a sentir dores abdominais, foi quando apareceu o câncer. [...] Quanto à bebida alcoólica, eu não tomo, parece uma

intolerância. Quanto ao cigarro, fumei dos 15 anos de idade até os 30 e poucos, mas bem antes de acontecer tudo isso eu já tinha parado [...] (S8).

Para S3 e S8, a vida antes do câncer já era repleta de dificuldades e cuidados referentes às patologias anteriores. As vivências adquiridas por esses sujeitos, na tentativa de superar os obstáculos e alcançar uma melhor qualidade de vida, proporcionaram-lhes encarar o câncer de uma forma mais branda, visto que suas experiências anteriores foram tão ou mais desgastantes que o câncer.

Este fato pode ser comparado com o que Salci, Sales e Marcon (2009) afirmam em relação às experiências anteriores com câncer, em si próprio ou ao seu redor, que podem influenciar de maneira positiva ou negativa a nova fase da vida de uma pessoa, bem como as atitudes e emoções relacionadas com os tratamentos prescritos.

Para quem já se submeteu a um tratamento de uma doença grave e conhece as rotinas que envolvem esse caminho, provavelmente aceite e enfrenta de forma mais amena e tranquila um novo tratamento (SALCI; SALES; MARCON, 2009). Essa afirmação vai ao encontro do relato de S3, que se submeteu à revascularização cardíaca, e de S8, portador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, que também se apresenta envolto no estigma da morte. Apesar de serem duas doenças distintas, ambas estão arraigadas com apelo de sofrimento muito grande e que podem servir de experiência de vida prévia, levando a uma aceitação mais pacífica de uma nova doença.

Por outro lado, a ausência de qualquer experiência anterior pode favorecer o domínio completo do pavor e do medo, além de intensificar, por algum tempo, a visualização apenas da morte como seu futuro próximo (SALCI; SALES; MARCON, 2009).

Cada pessoa interpreta as mudanças no seu corpo de acordo com suas experiências de vida e seus conhecimentos. E a percepção destas é o marco entre a vida comum e a vida com câncer. Para a maioria dos sujeitos, a descoberta do câncer se deu pelo início da sintomatologia.

Determinado dia, eu não sentia nada fisicamente, não era obeso nem nada. E um dia eu fui evacuar, evacuei sangue, fiquei assustado. Chamei minha esposa, ela olhou. E no dia seguinte, não havia mais nada, na noite seguinte também não havia mais nada. Sangue nas fezes foi só uma vez, foi equivalente a um terço de copo americano de sangue vivo e esse foi o único sinal que tive. No dia seguinte, já procurei imediatamente um médico. Fui até porque minha esposa insistiu, porque no dia seguinte já não tinha

mais nada. Confesso que eu fiquei com medo, com aquele receio de ir, no dia seguinte, fui ao banheiro, normalmente, como se nada tivesse acontecido (S3).

Eu fui ao médico porque eu tinha prisão de ventre e diarreia, às vezes, mas mais frequente era a prisão de ventre, e nos últimos dias havia se agravado a frequência desses sintomas, e eu sempre fui deixando para ir ao médico depois, foi passando, foi passando, na hora que eu tirei férias que eu disse: “Ah, agora eu vou ao médico”, e marquei, foi dia 15 de janeiro de 2010 que eu tinha marcado a consulta. [...] durante o preparo para fazer o exame, eu tive obstrução no local do tumor, acabei fazendo uma cirurgia de emergência. Eu fiquei com a barriga bem dilatada, tomando o preparo para o exame, sem saber o que era. Na cirurgia, os médicos constataram o que era [...] (S7).

Nos relatos de S3 e S7, alguns sintomas são evidenciados, como sangramento, prisão de ventre e diarreia. Ratificando estas características, estudo realizado com 158 sujeitos do Hospital Federal de Bonsucesso (Rio de Janeiro), no período de 2004 a 2009, identificou como sintomas mais comuns do câncer de intestino, dor abdominal (60,1%), obstrução intestinal (41,1%), emagrecimento (36,7%), sangramento (33,5%), anemia (14,5%), perfuração (6,3%) e fístula (1,2%) (VALADÃO *et al.*, 2010). Outro estudo identificou sangramento anal e disfunções intestinais como o início da descoberta da doença, sendo comum a associação entre evacuação, sangramento, ressecamento e a ocorrência de hemorroida (MARUYAMA; ZAGO, 2005).

Antes de conhecer o diagnóstico, a pessoa passa por fases que precedem o conhecimento de seu diagnóstico, e, dependendo do significado da doença que ela desenvolveu ao longo da vida, poderá agir de maneira rápida no sentido de elucidar suas dúvidas, culminando ou não com a descoberta ou com o retardamento desse processo (SALCI; MARCON, 2009).

Em dois casos, a descoberta ocorreu de forma inesperada, na ausência de sinais e sintomas, conforme expresso pelos sujeitos abaixo:

A minha história é a seguinte: eu fui fazer o exame, fui fazer a colonoscopia, porque minha mãe tem, toda minha família tem histórico de câncer, e eu estava querendo engravidar, minha filha tinha dois aninhos e eu queria engravidar novamente. Entre todos os exames que fiz, desde coração etc., a colonoscopia era o último que eu ia fazer, realmente quando eu fiz constou que eu estava com câncer de intestino, pequeno, mas era um câncer. Eu não sentia nenhum sintoma, não sentia nada, simplesmente eu fui fazer exames porque eu queria ter uma gravidez legal. E foi o que me salvou! Tanto que o médico falou para mim: “se você tivesse engravidado, teria morrido” (S4).

Eu descobri que estava com câncer, foi uma casualidade na verdade, eu fui fazer um exame de rotina que eu nunca tinha feito [...]. Eu não tinha sintoma nenhum [...]. Foi uma cunhada minha que já fazia há uns dois três anos e

ela sempre me cobrava, até que eu perdi uma amiga com esse problema (S10).

A preocupação com a saúde foi um cuidado desempenhado por S4 e S10, associado a esse cuidado, a experiência de câncer em pessoas próximas acentuou a busca por exames de rastreamento, mesmo na ausência de qualquer sintoma. Estudo evidenciou que a condição socioeconômica e educacional influencia o comportamento preventivo, desta forma, sujeitos com maior renda e maior escolaridade têm maior probabilidade de fazer exames de rastreamento (NOVAIS; BRAGA; SCHOUT, 2006). Tanto S4 quanto S10 têm nível econômico e educacional elevado, o que condiz com os achados do estudo supracitado.

Ainda na categoria “revelação”, o diagnóstico de câncer nem sempre é simples e rápido, pois, frequentemente, as pessoas encontram alguma justificativa para postergar a procura pelo diagnóstico, seja pela esperança de que a alteração percebida não seja uma doença ou por acreditarem que aquele sinal ou sintoma desaparecerá espontaneamente sem necessidade de avaliação profissional. Este comportamento foi apreendido nos relatos dos sujeitos S7 e S9:

Entre os sintomas mais fortes e o diagnóstico levou três a quatro meses. Porque eu fiquei me enrolando para ir ao médico, ficava tomando analgésico para cólica, para poder trabalhar. Esse tempo durou uns três a quatro meses. Fui ao médico, ele pediu a colonoscopia, no mesmo dia de fazer a colonoscopia eu fui para a cirurgia de emergência. Estava com a barriga veia, que era uma bola *[aponta para a barriga, simulando o tamanho e rj]* (S7).

Meu intestino também começou a fazer um barulho, tipo como uma pessoa com disenteria. Aquele barulho assim na barriga que dá. Mas foi grande o sangramento, não tinha cólica, nem dor. Nada, nada, normal. Meu intestino estava funcionando normal, foi só o sangue que me alertou. No início, esse sangramento era bem pouquinho no papel, coisinha de nada, dava a impressão que era hemorroida mesmo. Eu estava com esse sinal já fazia uns seis meses mais ou menos, pouco mais até, acho que uns oito meses, de seis a oito meses. E neste período não procurei nenhum médico, só procurei quando tive este [sangramento] mais grave. Não procurei, porque ele dava um sinal, digamos uma semana, depois sumia. Dali mais uma semana, uns dez dias voltava novamente. Então tudo levava a crer que era uma hemorroida interna (S9).

Fica evidente, no relato de S7 e S8, que a trajetória da doença foi permeada pela não aceitação dos sinais e sintomas como uma alteração que merecesse a devida atenção. Inicialmente, houve minimização da sintomatologia e somente com a gravidade da doença, e na percepção da possibilidade da morte é que ocorreu a busca por assistência.

Corroborando, Petuco e Martins (2006) mencionam que a experiência da doença se inicia quando há a desconfiança de que algo errado está acontecendo. Contudo, em seu estudo, identificaram que a decisão de procurar assistência médica só é facilitada pela gravidade dos sintomas. O mesmo ocorreu com S9, que protelou até o aparecimento de um sangramento mais intenso.

Os mesmos autores acrescentam ainda que, embora haja a percepção de que algo grave esteja acontecendo, sujeitos e até mesmo familiares vivenciam um momento de ambiguidade, em que há a suspeita, mas ao mesmo tempo tentam fugir, evitar, encontrar outras explicações para o acontecimento.

Em geral, o câncer em suas manifestações iniciais não apresenta um quadro doloroso, razão pela qual as pessoas deixam de procurar a explicação para as alterações físicas, uma vez que, culturalmente, a dor física está relacionada à gravidade de uma doença, portanto, qualquer sintoma não doloroso não parece grave (QUAYLE; DE LUCIA, 2007).

Pode-se notar, nos relatos de S8 e S9, que no início da manifestação da doença, a percepção dos sinais e sintomas foi associada com outras patologias, que, pela comunicação não verbal dos sujeitos, por meio de gestos de elevação das sobrancelhas e extensão das mãos, demonstraram perplexidade ante a busca de respostas para sua sintomatologia, que foi contrária ao que inicialmente haviam imaginado.

De sintomas iniciais, eu tinha dor abdominal, uma inconstância intestinal, uma hora minhas fezes eram de um jeito, uma hora estava ressecado, outra hora não. Mas eu me lembro que era uma dor, parecia com uma dor renal, tanto que eu fui direto ao nefrologista. Fiz uma bateria de exames porque eu achava que a dor era no rim [...] (S8).

Eu descobri que estava com câncer porque ele deixou um sinal de sangue no papel, eu ia ao banheiro e ficava um sinal. No início, esse sangramento era bem pouquinho no papel, coisinha de nada, dava a impressão que era hemorroida mesmo (S9).

Ao se depararem com as desordens orgânicas provocadas pela doença, os sujeitos tendem a afastar a possibilidade de que podem ser sintomas do câncer. A não especificidade dos sintomas, que aparecem de forma discreta, não assombrosa, provoca surpresa e desespero no momento do diagnóstico. Indignação e rejeição da doença são identificadas em alguns casos. Por serem sintomas facilmente associados a outras patologias, confundem e causam excessivo desgaste emocional, principalmente quando precedidos de diagnósticos errados ou

imprecisos, o que intensifica os sentimentos de angústia e incerteza em relação à sua doença (SIQUEIRA, 2006).

Além disso, a cultura influencia a interpretação das desordens físicas, ajudando a dar forma às mudanças físicas e emocionais, colocando-as dentro de um padrão identificável para a pessoa doente e para as pessoas que a cercam. Reforçando este pensar, o estudo desenvolvido em um ambulatório de ostomias constatou que as alterações físicas iniciais foram identificadas pelas pessoas como uma doença normal e tratadas com base no seu conhecimento e na sua rede de relações (MARUYAMA; ZAGO, 2005). Desta forma, a interpretação acerca dos sinais e sintomas está ligada à experiência pessoal e ao significado que a pessoa atribui ao evento, tentando dar a ele um sentido em sua vida.

A demora na elucidação do diagnóstico também foi evidenciada na fala dos sujeitos S2 e S6, tornando o enfrentamento mais doloroso e atrasando o início do tratamento:

Demorei um ano ou mais para descobrir o que tinha. Eu tinha cólica e não descobria o que era. Quando saiu o exame de HIV, e demorando, e demorando e não resolvendo, o médico me liberou e falou que eu não tinha nada. Que era cigarro, alimentação incorreta e horário de dormir errado, trabalhar à noite. [...] descobri só porque eu sentia muita cólica e comecei a emagrecer. É sofrido, sei que mata, mas já vim meio preparado, para quem estava com medo de ter HIV (S2).

[...] e meu médico falando que eu não tinha nada, que eu pedi exame de fezes, mas eu não tinha nada, acabei indo a cinco médicos (S6).

O desgaste físico e mental é percebido na fala de S2 e S6, que, após visitarem diferentes médicos, serem submetidos a vários exames e não tendo a devida atenção frente às manifestações do corpo, receberam a notícia de que se tratava de câncer.

Quanto mais longo for o percurso de descoberta do diagnóstico definitivo, maiores níveis de ansiedade e preocupação experimentará o sujeito, uma vez que a incerteza lhe provocará questões e receios variados acerca da gravidade ou não da sua doença (FIGUEIREDO, 2007). Também Silva (2005) corrobora ao citar que os sujeitos, ao se submeterem a diversos exames e receberem informações controversas, passam por momentos de instabilidade, desespero e desmotivação durante o período em que a doença é apenas uma possibilidade.

O momento em que se revela o diagnóstico ao sujeito é considerado um dos mais impactantes e difíceis durante a descoberta e enfrentamento da doença. Muitas

vezes, o ouvir a palavra câncer gera impacto maior que o entendimento da situação em que se encontra a doença, seus possíveis tratamentos e prognóstico (SIQUEIRA, 2006). As reações dos sujeitos foram variadas, desde sentimentos de tristeza, medo até serenidade, relatados por S5 e S6. Conforme pode ser identificado a seguir:

Quando eu descobri o câncer de intestino, eu reagi com muita calma, eu sou muito calma, mas a família ficou agitada, mais do que eu. Eu enfrento muito bem, eu não tenho problema com isso (S5).

Ele me operou, quando deu o resultado que era câncer, foi a única vez que eu chorei mesmo, chorei e a minha filha tinha vindo de Portugal, tadinha, veio que nem louca. Aí olhei para eles muito triste chorando e falei: “Chega, não choro mais, daqui para frente vou fazer o que o médico me pedir”. [...] Eu digo: “Força, força, a gente tem que ter”. Mas eu achava que eu não ia ter essa força porque o nome do câncer é muito feio, muito ruim [...]. Mas mesmo assim, sabendo que eu sou ativa, que não ia me abater com nada, eu achei que isso aí ia me derrubar (S6).

A reação exibida por S5 de calma pode ser um reflexo da sua personalidade, do seu preparo emocional, até mesmo do modo de comunicação do diagnóstico. Enquanto S6 inicialmente se chocou com o diagnóstico, ao rever sua família deparou-se com a necessidade de demonstrar força para enfrentar esse período.

Nesse sentido, os sujeitos que frente ao diagnóstico expressam sentimentos de calma e tranquilidade, ou relatam que nada sentiram, que foi normal, podem indicar uma forma de autocontrole, de distanciamento dos sentimentos, de difícil compartilhamento dos medos ou mesmo de não preocupação com a própria saúde (GUERRERO *et al.*, 2011).

Além disso, S6 relata o desconforto com a palavra câncer. Desta maneira, não pronunciar a palavra câncer ou admitir que se trata de um termo feio é uma das maneiras de afastar o símbolo da doença, sendo uma forma de tornar menos próxima a carga pesada que lhe é incumbida. Por isso, muitos sujeitos ocultam o seu pronunciamento, substituindo por doença para descrever seu problema (SILVA, 2005).

Outro fator de impacto no recebimento do diagnóstico diz respeito à limitação de conhecimentos em relação à doença, tornando o momento ainda mais dramático. A inexperiência de lidar com situações deste porte, seja com sua própria saúde ou de pessoas de seu convívio, dificulta a compreensão desta nova vivência (SIQUEIRA, 2006).

Além disso, neste momento, cria-se uma situação desestruturante não só para quem é acometido pelo câncer, mas também para todos do seu convívio, uma vez que são surpreendidos por uma situação de grande estresse, que conduz a mudanças de comportamento. Esses comportamentos podem definir as estratégias utilizadas para a confrontação da situação de adoecimento (LEITE; COSTA, 2009).

O estigma que envolve o câncer e as pré-concepções que o sujeito cria durante a vida acarretam temor, medo da doença e da morte, como evidenciado nos relatos a seguir:

Pensava no que vale a vida, e agora, essa doença, como que vai ser, câncer, meu Deus do céu. [...] Eu tinha medo, é medo da morte, como que vai ser agora e puxa, mas por quê? Se eu sempre tive uma vida saudável, cuidei e me acontece uma coisa dessas! Mas depois passou, hoje estou cem por cento (S3).

[...] não quero que dê nos outros, se for para acontecer de novo, que dê em mim, que eu não tenho medo não, sou bem tranquilo quanto a isso. É sofrido, sei que mata, mas já vim meio preparado, para quem estava com medo de ter HIV, que comecei a emagrecer, eu peguei o exame do HIV, demorou 15 dias para sair o resultado, eu fui pegar o resultado, não conseguia dirigir, não conseguia abrir o resultado, não conseguia fazer nada, simplesmente eu travei. Que na minha cabeça era aquilo. Quando eu descobri que era câncer, não foi aquele choque não, foi menos pior (S2).

As reflexões sobre seu modo de vida anterior são desencadeadas no processo de descoberta do câncer na tentativa de encontrar a resposta para o acometimento. Associado à indignação, o medo da doença, do tratamento e da morte é uma reação, normalmente, vivenciada por sujeitos com câncer.

No caso de S2, o medo estava direcionado para a possibilidade de uma doença sem cura, mesmo assim este sentimento estava presente e foi motivo de sofrimento e aflição para o sujeito.

Dessa forma, o diagnóstico assume um caráter trágico capaz de desencadear sentimentos de desesperança, depressão, ansiedade e medo. Além disso, traz à tona pensamentos que podem influenciar o estado emocional do sujeito, principalmente pela concepção construída e reforçada ao longo da vida de que o câncer é uma doença que leva a uma morte rápida e dolorida (SILVA; DE AQUINO; DOS SANTOS, 2008).

Apesar de todo ser humano ter a certeza de morrer, alguns acontecimentos, como o diagnóstico, tendem a aproximar o sujeito da realidade que parecia tão

distante, colocando-o diante do seu limite, considerando o câncer uma sentença final (SILVA; DE AQUINO; DOS SANTOS, 2008).

Ao envolver a família e as demais pessoas de seu convívio nesta nova etapa de sua vida, o sujeito pode desencadear sentimentos de preocupação com seus entes, como percebido na fala de S4 e S6:

Eu tenho muita preocupação com a minha família. A minha filha o doutor inclusive disse para mim que com 30 anos ela tem que fazer o mesmo exame que eu fiz. Pois eu descobri com 40 anos, ela 10 anos antes tem que fazer o exame, porque eu sei que, Deus me livre, mas a genética é brava. Então eu me preocupo com a dieta dela sempre [...] (S4).

Eu tenho uma preocupação maior por ter vivido essa experiência, se eu soubesse disso antes, na minha época de novinha, meus 30 anos, alguém tivesse tido, eu teria pedido para o médico fazer [...]. Eu já disse para minha filha, quando chegar aos 40 tem que fazer. A gente fica preocupada, até com os amigos. Acho que não precisa ser só com a família [...] (S6).

A notícia do câncer, além de determinar uma preocupação com o bem-estar do sujeito, faz com que o próprio sujeito e sua família passem a imaginar qual o risco do desenvolvimento da doença nos demais integrantes do grupo familiar, como é observado nas declarações de S4 e S6.

Reconhece-se que a hereditariedade está intimamente relacionada com a etiologia do câncer. Frente a esse fator não mutável, cerca de 80% dos sujeitos apresentam o câncer de cólon de forma esporádica, enquanto os outros 20% têm componentes genéticos hereditários (DANTAS *et al.*, 2009).

Dessa forma, a doença adquire um caráter familiar, passível de ser transmitida e transmissível ao longo das gerações, deixando de ser apenas individual. Simplesmente, o impacto não está em saber que a pessoa transporta o agente causal da doença, mas também que ele foi herdado de seus progenitores e não obstante poderá transmitir aos seus descendentes. Como solução, a única maneira é não ter descendência a fim de deter a mutação genética (MENDES, 2006).

A família é considerada uma rede de apoio que acolhe, conforta e vivencia em conjunto as dores do sujeito. Considera-se também uma importante rede de apoio a religião, que proporciona bem-estar, segurança, significado e força para as pessoas que sofrem e/ou estão doentes.

Quanto à religião, eu sempre fui católico. Com a quimioterapia, eu me apeguei mais, entrei para o grupo de jovens da igreja, e aumentei a minha fé, agora também já diminuiu de novo [risadas] (S2).

Durante o tratamento, a minha fé aumentou, mas a religião continuou a mesma, eu sou católico. Eu procurei fazer mais oração em casa, ir à igreja até nem tanto, mais fazia e sempre faço oração em casa (S7).

Normalmente, ao defrontar-se com uma situação de sofrimento, a tendência é a busca por amparo religioso, como evidenciado no relato de S2 e S7, que intensificaram os hábitos religiosos na vigência do câncer, principalmente no período de tratamento.

A religião, seja qual for, traz conforto e confiança aos sujeitos que convincentemente acreditam que ela possa ajudar na sua doença e tratamento. É comum o relato de que Deus lhes dá força, coragem e, principalmente, sabe o que fazer em cada situação (BOTEGA, 2010).

No entanto, para alguns sujeitos, a questão religiosa não foi alterada ao descobrir a doença, nem na sua trajetória.

Sou católico, continuo sendo católico. Freqüento a igreja, aproximadamente uma vez por mês. Depois que descobri o câncer, não me apeguei mais, continuei mantendo no mesmo ritmo. Fiz uma visita em Santa Catarina, em Santa Bárbara da Imperatriz, numa reza que a família toda ficou fazendo para mim, tem uma imposição das mãos, que tem uma história de cura, que muita gente já se curou. Então eu fui lá pessoalmente, agradecer a Ele. [...] Agradecendo sempre a Deus por estar aqui onde me encontro. E hoje em dia continuo nessa mesma frequência indo à igreja (S3).

Eu sou católica, eu tenho fé. Depois que descobri a doença, não mudei nada nesse sentido. Eu não sou assim católica de frequentar a igreja, eu vou à igreja quando eu quero. [...] eu sou devota de São Judas Tadeu, vou lá, acendo minha velinha, quando eu quero. [...] rezo, agradeço todos os dias por ter encontrado dois médicos excelentes em minha vida (S6).

Mesmo S3 afirmando que não houve um apego maior às questões religiosas após a descoberta do câncer, fez uma peregrinação religiosa em busca de cura e como forma de agradecimento. Dessa maneira, num primeiro momento, houve a renegação da fé, que, posteriormente, foi substituída por um relato que expôs uma aproximação maior com Deus.

Corroborando, estudo revela que as mulheres expressam com mais ênfase a vida religiosa, enquanto os homens de forma mais resguardada, demonstrando ser cristãos para não fugir à norma social do grupo ao qual estão inseridos (AQUINO; ZAGO, 2007).

O processo de revelação da doença foi associado pelos sujeitos com os cuidados que tinham consigo no passado a percepção da doença em seu corpo, a busca empreendida pelo diagnóstico e com os sentimentos relacionados à

descoberta. Dessa forma, eles passam a vivenciar o desafio da adaptação constante à nova situação existencial, ao tratamento e as suas repercussões.

#### 4.3.2 Adaptação

A adaptação é o momento em que os sujeitos encaram a doença e as dificuldades do tratamento e seus efeitos colaterais, desenvolvendo ações de cuidado, mediante aos conhecimentos repassados pela equipe de saúde, mas principalmente do enfermeiro.

Na maioria das vezes, o tratamento é demorado, exaustivo e doloroso, acarreta mudanças no estilo de vida, além de, num primeiro momento, desencadear sentimento de tristeza e impotência em relação à doença e ao tratamento, como percebido no relato a seguir:

O que aconteceu [durante a quimioterapia] foi que eu fiquei um pouco depressivo, fiquei bem depressivo, mas passou e eu vi que estava cada vez melhor, que eu estava melhorando bem [Emoção! Enche os olhos de lágrima, embaraça a voz]. [...] via que a coisa estava evoluindo bem, eu ficava melhor, eu ficava bem (S3).

O medo do desconhecido é inevitável, e o enfrentamento do primeiro contato é algo que fortalece o ser, demonstrando que esse obstáculo pode ser ultrapassado de uma forma menos torturante. O impacto inicial causado pela necessidade de ser submetido a um tratamento tido como agressivo aos poucos vai sendo substituído pela expectativa do alcance da cura, como relata S3.

Sabe-se que cada sujeito enfrenta as mudanças ocasionadas pela doença e terapêutica de forma única, e que cada um constrói estratégias próprias de enfrentamento a partir dos recursos que possui para lidar com estes processos. Com o passar do tempo, observa-se que os sentimentos se modificam de negativos para positivos, tanto com relação ao tratamento como à própria doença (BOTEGA, 2010). Essa mudança de pensamento e comportamento frente ao tratamento antineoplásico foi identificada no relato de S3.

Dessa forma, cada indivíduo pode apresentar reações divergentes ao encarar o tratamento antineoplásico. A negatividade é um sentimento comum nessa situação e deve ser trabalhada para que o êxito do tratamento seja atingido com

menos dificuldades. Por outro lado, quando o otimismo prevalece e é perpetuado, pode ser considerado um forte aliado, principalmente do sujeito e também da equipe de saúde que o acompanha e de sua família.

A quimioterapia eu sempre a vi como uma terapia. Você tem um tempo ali para refletir sobre os seus prós e seus contras, sobre a sua vida. Mas eu a encarei com bastante naturalidade, apesar das dificuldades. [...] entendi que era um benefício e que era necessário (S1).

[...] falei para Deus e o mundo, falei para todo mundo, estou com câncer. É disso que você vai morrer, então tá, todo mundo vai um dia, mas essa parte assim, não tive nenhum problema. A pessoa se deprime, só de saber a pessoa já se deprime. Eu sempre cuidei para não me deprimir. Sempre procurei pensar positivo. Sempre positivo. E certeza que eu ia sair curado e foi o que aconteceu. Então, o que arreventa as pessoas é isso, elas mesmas se rebaixam, mas cada caso é cada caso. Que nem eu falo o meu foi a primeira vez que aconteceu comigo e eu esperava que fosse pior, mas não foi. E pensar positivo me ajudou sempre, sempre, sempre pensando positivo. O tratamento é depressivo, se você se deixar cair na depressão, você vai ficar insuportável, você vai se fazer doente e às vezes você nem está tão doente assim (S2).

[...] eu chegava sempre disposta, nunca cheguei para fazer a quimioterapia chateada. Eu acho que eu não sou normal. Eu não sei, eu ficava normal, que eu sempre fui assim bem alegre, nunca triste (S6).

O sujeito mais do que ninguém deve entender a necessidade do tratamento e compreender o que pode lhe acarretar. O entendimento da situação contribui para que qualquer procedimento seja encarado como algo que trará benefícios à sua saúde. O otimismo não é a solução, mas contribui e fortalece a todos os envolvidos, não só nos momentos de dificuldades como evidenciado na fala de S6.

Normalmente, as estratégias de enfrentamento que os sujeitos utilizam durante o tratamento antineoplásico são a religião, o pensamento positivo e a família. Quanto ao pensamento positivo, percebe-se que o sujeito detentor de um equilíbrio na sua saúde psicológica, conseqüentemente, consegue que seu corpo atinja uma estabilidade. Assim, possibilita que os efeitos colaterais apareçam com menor intensidade, contribuindo com a ideia de que o estado físico é frequentemente influenciado pelo emocional e vice-versa (BOTEGA, 2010). Cabe salientar que nesta pesquisa foram identificados, também, como principais estratégias de enfrentamento, a religião, o pensamento positivo e a família, indo ao encontro do trabalho desenvolvido por Botega (2010).

Além das manifestações emocionais, as alterações físicas desencadeadas podem ser decorrentes do tumor, bem como de outros sintomas gerados pela

doença, desgaste do tratamento e carga emocional, que envolve o diagnóstico e quanto mais avançada a doença se encontra, maior pode ser esse sofrimento.

A quimioterapia antineoplásica, por ser tratar de uma terapêutica sistêmica, pode gerar reações desagradáveis no organismo do sujeito, tais como náuseas, vômitos, ulcerações na mucosa oral, falta de apetite, emagrecimento, diarreia, entre outras. Durante o tratamento, as reações podem se manifestar com diferentes intensidades, algumas são passíveis de prevenção, outras, entretanto, só podem ser tratadas. Neste sentido, o sujeito precisa ser orientado e preparado para saber como agir na vigência de qualquer reação.

Cabe à equipe de saúde, principalmente ao enfermeiro, fornecer subsídios ao sujeito através de medidas preventivas que atuem no combate às reações ou na amenização da ocorrência e intensidade delas. No caso das ulcerações na mucosa oral, a prevenção é um cuidado eficaz, e o sujeito deve ser estimulado a desenvolver ações na intencionalidade de tornar o tratamento menos doloroso, o que foi feito por S5.

Nesse período [da quimioterapia] eu alterei um pouco a minha rotina, precisava coletar exames de sangue para poder fazer a quimioterapia para ver como estava a imunidade, tomava mais água, comia menos gordura, seguia a orientação da nutricionista, fazia bochecho para evitar ferida na boca. [...] a nutricionista me indicou pasta de dente de babosa para não dar feridinha na boca. E o bicarbonato foi a enfermeira, mas bicarbonato eu sempre usei, já usava o bicarbonato de sódio para escovar os dentes, fazer gargarejo, para diminuir a acidez. [...] não tive ferida na boca (S5).

Conforme o relato de S5, algumas medidas de prevenção foram acrescentadas à sua nova rotina de cuidados entre elas o bicarbonato de sódio, que pode ser utilizado tanto para prevenção como para o tratamento da mucosite.

As soluções alcalinas (bicarbonato de sódio diluído em água) modificam o pH da cavidade oral, deixando-a menos favorável ao desenvolvimento de bactérias e fungos. Além disso, são mais úteis no tratamento da mucosite já instalada, pois promovem o desbridamento das lesões, auxiliam na diminuição do odor e na fluidificação da saliva. Além desse procedimento, recomenda-se ao sujeito aumentar a ingesta hídrica, manter a boca sempre úmida, evitar alimentos ácidos e evitar jejum prolongado (WOHLSCHLAEGGER, 2004; BONAN *et al.*, 2005).

A recomendação do Instituto Nacional do Câncer (Inca) para os sujeitos em tratamento antineoplásico são: inspecionar diariamente a boca; manter a boca sempre limpa, principalmente após as refeições, utilizando escova de dentes com

cerdas macias; evitar alimentos ácidos, condimentados, de consistência dura e quentes; e dar preferência aos alimentos gelados, líquidos e pastosos (BRASIL, 2007).

Apesar de sua eficácia não comprovada, a realização de bochechos com chá de camomila parece conferir satisfatória redução no grau e no alívio dos sintomas da mucosite, fato que pode estar associado à ação anti-inflamatória da substância (WOHLSCHLAEGER, 2004; BONAN *et al.*, 2005; GONDIM; GOMES; FIRMINO, 2010). Outros autores reconhecem que a solução preparada da flor de camomila apresenta ação anti-inflamatória, antibacteriana e antifúngica, porém sua utilização para a prevenção e tratamento de mucosite necessita ainda de mais estudos (ALBUQUERQUE; CAMARGO, 2007), esta solução não foi utilizada pelos sujeitos deste estudo.

Outra reação, frequentemente, associada à quimioterapia antineoplásica são as náuseas e vômitos. Hoje em dia, com o avanço da medicina, novos medicamentos para combater esse efeito adverso estão disponíveis no mercado farmacêutico e apresentam bons resultados na resolução ou diminuição dessa reação tão temida pelos sujeitos. Portanto, a falta de um adequado controle com antiemético pode alterar o status nutricional do sujeito, retirar seu prazer de comer e beber, além de diminuir a aderência ao tratamento.

Enjoo eu não tinha. Eu tomava remédio para enjoos durante a quimioterapia e nunca tive enjoos, mas eu tomava antes. Saia de casa, tomava tudo que tinha que tomar. Eu nunca deixei de tomar. Vamos ver como vai ser?! Não, eu tomava e não tinha enjoos. Nunca tive enjoos e nem cheguei a vomitar (S3).

A colaboração por parte do sujeito constitui grande parte do sucesso do tratamento, como evidenciado pelo relato de S3, que sempre seguiu rigorosamente a profilaxia para náusea e vômito. A terapêutica medicamentosa de suporte deve ser entendida como tão importante quanto a própria quimioterapia, para, dessa forma, haver uma melhor tolerância ao tratamento proposto, assim como uma melhor qualidade de vida durante esse período.

Além da orientação de tomar os remédios contra enjoos e vômitos conforme orientação médica, e não somente quando apresentar os sintomas recomenda-se, também evitar alimentos gordurosos e condimentados; são bem tolerados alimentos frios ou em temperatura ambiente e bebidas gasosas; alimentar-se mais vezes por dia e em pequenas quantidades; procurar um ambiente calmo e livre de odores para

realizar as refeições; mastigar bem os alimentos; e não fazer esforços físicos após as refeições (BRASIL, 2007).

Muitas vezes, o sujeito não adere à terapia de suporte de forma adequada, razão pela qual tem os efeitos que poderiam ser evitados. Porém, basta passar pela experiência do desconforto que o sujeito adquire o entendimento e a consciência da real importância de seguir as orientações da equipe de saúde, como foi percebido no relato de S7:

Houve uma [aplicação] no ano passado e uma agora em que eu passei mal assim, por não ter tomado o remédio de náusea certinho, que eram três para evitar vômito. Nossa, tive bastante náusea, bastante de machucar de não ter o que sair mais. Mas as outras aplicações foram certinhas, quando tomei o remédio certo e na frequência certa, não tive problema (S7).

Mesmo sabendo da necessidade do antiemético, o S7, por duas vezes, deixou de fazer uso do medicamento e sentiu os tão indesejáveis náuseas e vômitos provocados pela quimioterapia antineoplásica.

Sabe-se que a prescrição médica de antieméticos faz parte do protocolo da quimioterapia antineoplásica, porém, o seu uso fica a critério do sujeito. Quando constatada a falta de seu uso na ausência dos sintomas, deve-se considerar a necessidade de reforço das orientações para evitar o agravamento desses efeitos colaterais na intenção de melhorar a qualidade de vida e a aderência ao tratamento (ALMEIDA; GUTIERREZ; ADAMI, 2004).

A mudança no paladar e a falta de apetite são alterações comumente vivenciadas por sujeitos durante a quimioterapia antineoplásica e podem permanecer por algum tempo após seu término. Assim, não é passível de prevenção, porém, algumas estratégias podem e devem ser encorajadas na tentativa de evitar maiores agravos.

Forçado eu comia, nunca fiquei sem comer, às vezes não conseguia almoçar, às vezes não conseguia jantar, mas um dos dois sempre, o café da manhã sempre tive que forçar. Eu só não deixei me entregar, mesmo sem fome eu ia lá, nem que eu ficasse namorando a comida, mas forçava ao máximo e conseguia (S2).

Durante a quimioterapia, eu perdi o apetite, mas acho que todo mundo perde, perde sim e eu perdi bastante. No começo, eu comia de três em três horas. Não com vontade, mas comia. Assim, comia uma fruta, mas raramente. Porque não dá fome, nem um pouquinho (S6).

O meu apetite era horrível. Eu não tinha apetite. Cheguei a ficar uma semana sem comer, eu tinha nojo da comida, porque era sinônimo de vômito para mim (S8).

A adaptação à falta de apetite e a busca por estratégias para contornar essa situação foram declarados por S2 e S6, que seguiram as orientações de se alimentar mesmo na ausência da fome, em pequenas quantidades várias vezes ao dia.

Neste sentido, o Guia de Nutrição para Pacientes e Cuidadores do Inca traz algumas sugestões importantes quando o sujeito não tem vontade de se alimentar, entre elas: tentar realizar leves refeições várias vezes ao dia, pelo menos de três em três horas; comer e beber devagar; evitar beber líquidos junto com o almoço e jantar; preparar pratos coloridos e variados e incluir novos alimentos no cardápio; deixar que outra pessoa prepare as refeições e evitar ficar na cozinha durante este momento, entre outras (BRASIL, 2010).

O ato de comer para muitas pessoas é uma sensação de prazer e com a instalação da alteração do paladar e falta de apetite, essa sensação pode causar sofrimento físico como a associação com o vômito, relatado por S8.

Em estudo realizado por Sales *et al.* (2003), evidenciou-se, nos discursos dos sujeitos, que a quimioterapia antineoplásica, além de despertar no indivíduo sentimento de temor perante o sofrimento físico, contribui também para alterações nos hábitos alimentares do doente. As mudanças nos hábitos de vida e a necessidade de deixar de fazer o que lhe dá prazer são algumas das dificuldades enfrentadas no decorrer do existir com câncer (SIQUEIRA; BARBOSA; BOEMER, 2007).

Outra alteração gastrointestinal que pode acometer o sujeito em tratamento quimioterápico é a diarreia. Esta situação causa grande desconforto físico, pois pode comprometer as atividades diárias do sujeito, além de ser motivo de constrangimentos.

Para diarreia, eu tentava resolver primeiro na alimentação, comia coisas mais secas, cheguei tomar um dia o Imosec, por exemplo, vinha para cá fazer a quimioterapia e como é que eu iria ficar saindo, levantando toda hora para ir ao banheiro (S8).

Durante o tratamento, eu tive diarreia, para controlar eu tinha que tomar *Metamucil* (S4).

As medidas iniciais para o controle da diarreia são de fácil alcance ao sujeito, que, primeiramente, deve buscar na alimentação substâncias que o auxiliem no controle da situação, como a ação desempenhada por S8.

As ações de caráter não farmacológicas devem ser desenvolvidas por esses sujeitos. Para tanto se recomenda a ingestão, preferencial, de alimentos sem gorduras e condimentos como arroz, batata, cenoura, banana, maçã, caju, goiaba, frango, além da ingestão hídrica de pelo menos dois litros de líquido por dia, como água, água de coco, sucos e chás. Na persistência da diarreia por mais de dois dias, deve-se entrar em contato com o médico responsável (BRASIL, 2007).

Em relação ao antidiarreico, citado também por S8, essa medicação não é prescrita profilaticamente, diferentemente dos antieméticos. Portanto, o sujeito deve estar bem orientado sobre o tipo de dieta, o que pode ou não ingerir durante o tratamento, hidratação adequada, além de outros cuidados que sejam essenciais para minimizar esse efeito colateral (ALMEIDA; GUTIEREZ; ADAMI, 2004).

A constipação também pode ser desencadeada devido à quimioterapia antineoplásica. Além disso, uma alimentação inadequada e alguns medicamentos de suporte como os analgésicos podem contribuir para o desenvolvimento desse problema.

Diarreia eu não tive, pelo contrário, meu intestino é preso “à beça”. Já era assim antes, sempre tive intestino preso. Antes de descobrir o câncer sempre foi preso [...]. Ficava até uma semana sem conseguir ir ao banheiro. Agora às vezes eu fico três dias. Eu como muito cereal e muita ameixa para poder ir ao banheiro, mas não tomo remédio. Antes de fazer a cirurgia, eu não fazia muita coisa para soltar o intestino. Era ressecada e comia, por exemplo, banana, ameixa, essas coisas, fruta para não me viciar no remédio, porque dizem que o remédio vicia muito. E durante a quimioterapia, o meu intestino continuou preso [...] (S6).

Como relata S6, uma solução para o controle do seu hábito intestinal era a alimentação, que evitava a prática medicamentosa. Frente a isso, o Inca sugere a ingestão de muito líquido, em torno de oito copos por dia, para manter a consistência apropriada das fezes, além de alimentos ricos em fibras como pão, biscoito e cereais integrais, frutas frescas como mamão, laranja com bagaço, ameixa, tangerina, caqui, uva com casca e verduras (agrião, alface, acelga, brócolis, espinafre, couve, entre outros), abóbora, quiabo, vagem, caroço de feijão, ervilha, lentilha, farelo de trigo ou de aveia (BRASIL, 2010).

A hidratação deve ser incentivada por profissionais de saúde, e sugestões de líquidos permitidos devem ser repassadas, porém, alguns sujeitos buscam alternativas que melhor se encaixam na rotina de suas vidas, como relata S7:

Meu intestino durante a quimioterapia ficou totalmente preso, depois com o tempo começava a funcionar de novo, mas diarreia eu não tive. Para tentar soltar o intestino, eu tomava água, bastante água, procurava tomar bastante

líquido, [...] eu tomava bastante chimarrão, tentava hidratar bastante para funcionar tudo novamente (S7).

Contudo, o consumo do chimarrão não é um hábito recomendado por profissionais da saúde, como menciona S7, fazer parte do seu hábito de vida e como parte da sua estratégia de hidratação.

No que se refere a essa prática, merece ser enfatizado que em determinadas regiões do país existe a associação entre hábitos alimentares e o risco de câncer específico, como o consumo de mate muito quente, conhecido como chimarrão, churrasco e risco de câncer de esôfago (GUERRA *et al.*, 2005).

Ainda acrescenta-se às reações da quimioterapia antineoplásica a alteração da sensibilidade de pés e mãos, uma reação de relativa frequência e de intensidade variada, que é acentuada principalmente durante o inverno, conforme evidenciado nos relatos a seguir:

Houve uma 'química' usada que com água fria, de vez em quando, dava um choque na mão. Para essa sensibilidade, eu evitava pegar em objetos gelados, porque o gelado aumentava a sensação de choque e passava creme que minha esposa tinha em casa (S1).

Eu tinha bastante sensibilidade ao frio, ao gelado. Era uma sensação de que os dedos são de vidro e perigoso até quebrar a ponta dos dedos, os pés também, no inverno, isso era mais intenso. E a garganta também quando ia tomar alguma coisa gelada. Gelada não, só à temperatura ambiente já dava choque. Para amenizar essa sensação nas mãos e pés, eu me deitava com bolsa de água quente nos pés e luva na mão sempre no inverno. E para a garganta, eu tomava sempre água quente, esquentava no micro-ondas para tomar. [...] mas é um negócio muito ruim água quente (S7).

Para essa sensibilidade que eu tinha na garganta e nas mãos, que dava choque, eu não fazia muita coisa para amenizar. Por exemplo, se eu pegasse um objeto, um copo de gelo, ela se intensificava, era desagradável, era uma sensação horrível de tato, você pegava aquilo parecia que dava um choque horrível. Pior era a garganta, eu sentia aquilo, parecia uma descarga elétrica, e eu não fazia nada, eu tinha que comer, eu tinha que beber, então comia e bebia com esse gosto (S8).

As ações de cuidado para minimizar a neuropatia foram descritas por S1 e S7, que buscaram alternativas como creme hidratante, bolsa de água quente, ingestão de água aquecida, além de evitar o contato com os fatores agravantes como objetos e alimentos gelados.

Essa toxicidade é denominada de neuropatia periférica induzida pela quimioterapia, e apresenta incidência variável de acordo com o tipo de quimioterápico utilizado, dose e o esquema de administração. Frequentemente se

manifesta com sintomas sensoriais, como parestesias e disestesias, sensibilidade ao frio ou dor, de acometimento simétrico e com padrão de distribuição distal-proximal tipo luva e bota (AFONSECA; SILVA; GIGLIO, 2010).

Em relação a essa alteração, deve-se orientar sujeitos e familiares quanto aos cuidados simples para minimizar esse desconforto, como evitar traumas e a retirada da cutícula, utilizar calçados confortáveis e manter membros aquecidos (BONASSA, 2006), além de evitar a ingestão de líquidos gelados e reduzir o contato com objetos frios.

Alguns quimioterápicos possuem propriedades que podem causar hiperpigmentação da pele, quando exposta ao sol. Para evitar essa reação, os sujeitos devem ser orientados a proteger a pele e evitar exposição abusiva ao sol.

Ah, sem dúvida, eu cuidei da pele. Houve um verão que durante o período de quimioterapia, mas eu nem passava onde tinha sol de receio. Quando ia à praia, eu passava o Epsol fator 80 (S3).

Eu sempre trabalhei em casa, cuido da casa, da horta, sempre vou plantar na minha horta. [...] Até durante a quimioterapia, eu ia só que não tomava sol, eu ia bem cedo, para voltar cedo, ia mais para colher. [...] Eu me preocupava com a pele no sol, por isso ia cedo e sempre passava protetor, eu sempre passo (S5).

Sol até hoje eu tenho que evitar, mas eu era apaixonado pelo sol, nossa, eu passava o ano bronzeado se pudesse. [...] Parei de me expor muito ao sol quando começou esse problema do intestino. [...] Passo protetor quando estou na praia que tem que passar diariamente, às vezes no rosto se eu for sair, se eu estou em casa eu não passo (S8).

A preocupação com a pele está presente no relato de S3, S5 e S8, que adotaram algumas medidas para se proteger e evitar mais complicações. Destaca-se a fala de S8 que se diz apaixonado pelo Sol, provavelmente para este sujeito a orientação de evitar a exposição solar foi uma restrição ligada ao seu prazer. Adaptações foram incluídas na sua rotina de lazer para que ainda pudesse usufruir dela, sem que fosse preciso afastar-se dessa prática, como percebido no trecho: “parei de me expor muito”.

A hiperpigmentação pode ser mais acentuada nos sujeitos não protegidos da radiação solar. Assim, recomenda-se evitar a exposição ao sol, principalmente no período de maior emissão de raios ultravioleta e proteger as áreas mais expostas com roupas, bonés, chapéus, óculos escuros, além de aplicar protetor solar (BONASSA, 2006).

Para além das reações supracitadas e seus respectivos cuidados, muitos sujeitos buscam conforto e bem-estar por meio de terapias alternativas e complementares, na tentativa de resolver os problemas oriundos da doença e do tratamento, aos quais estão sendo submetidos.

Atualmente, as terapias alternativas fazem parte da rotina de muitas pessoas, adoecidas ou não. Talvez uma das justificativas pela busca constante dessas terapias seja a limitação que a medicina tradicional encontra em tratar algumas injúrias e/ou solucionar sintomas decorrentes delas. Desta forma, o ser humano busca nos métodos não convencionais uma forma de complemento para seu tratamento ou um refúgio para seu sofrimento.

Os sujeitos desta pesquisa foram em busca de meios que pudessem amenizar suas dores e desconfortos, além de satisfazer suas necessidades e também que lhes proporcionassem bem-estar, que a tempo estava ofuscado pelo sofrimento de vivenciar uma doença crônica e seu tratamento. Houve relatos da utilização do chá de graviola, geleia real e método Canova associada à terapêutica médica tradicional, porém não existe comprovação científica acerca destas substâncias. Salienta-se o senso comum de familiares na adoção de medidas alternativas como relata S4:

Uma época até minha cunhada ela disse toma que está todo mundo falando. Era em cápsula e eu tomei, depois eu parei. Até parei, porque quem teve esse tipo de doença sempre está se mantendo informada, depois eu li toda aquela história, mas não tomo mais não. Também não senti nada tomando, acho que é mais o psicológico mesmo, do tipo “olha eu estou armada” [...] (S4).

Percebe-se, mediante declaração de S4, que a associação de terapias alternativas e complementares ao tratamento convencional, influenciado por vínculos afetivos, pode até proporcionar uma melhora dos sintomas físicos, mas, principalmente, preenche uma lacuna ocasionada pela instabilidade emocional.

Sabe-se que a influência de familiares e amigos leva à busca por métodos alternativos. Esse fato também foi evidenciado na pesquisa desenvolvida em uma unidade de quimioterapia no Rio Grande do Sul, que, dentre os 65 participantes, 69% afirmaram que a indicação de amigos e familiares influenciou na decisão de combinar alguma terapia alternativa complementar ao tratamento padrão (JACONODINO; AMESTOY; THOFEHRN, 2008).

Além disso, a necessidade de vencer a doença direciona as pessoas a buscar soluções diferentes das oferecidas pelo saber científico. Baseando-se no saber popular, por intermédio de suas crenças, significados e valores determinados pela cultura da qual fazem parte, buscam outros métodos para enfrentar seus problemas de saúde (SIQUEIRA, 2006).

Uma das alternativas escolhida por S8 foi a *Cannabis sativa*, popularmente conhecida como maconha. Sabe-se que o seu uso de forma terapêutica não é algo atual, contudo, por ser uma droga ilícita, está envolta em uma série de discussões, controvérsias e preconceitos.

[...] durante o tratamento, eu fumei maconha um tempo. [...] na quimioterapia foi vício diário porque eu arrotava quando fumava maconha e quando arrotava saía sabe aquele mal-estar, me sentia melhor. [...] você fica mais relaxado, você passa a comer e você tem fome. Eu não queria fumar para barbarizar, eu queria me sentir bem, e a maconha tem esse efeito, existe até medicação à base de maconha (S8).

No depoimento de S8 verifica-se que o câncer foi uma estratégia para manter o hábito. Em 2005, um laboratório farmacêutico recebeu a aprovação no Canadá para comercializar um medicamento contendo Canabidiol, derivado da *Cannabis sativa*, para o alívio da dor neuropática e está pleiteando autorização no Reino Unido e União Européia (ZUARDI, 2006). Outros autores referem que a melhor indicação documentada do uso de substâncias derivadas da *Cannabis sativa* são a profilaxia e o tratamento de náuseas e vômitos desencadeados pela quimioterapia antineoplásica. Também está em avaliação a aplicação no tratamento de anorexia-caquexia em sujeitos com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e em certos tipos de câncer, bem como no tratamento da dor (DURAN; LAPORTE; CAPELLÀ, 2004).

Entretanto, os dados mundiais envolvendo a *Cannabis sativa* não afastam e nem dão suporte efetivo para o uso medicinal, talvez pelo receio de incentivar o uso não-legal da droga. Dentro de alguns anos, novas respostas surgirão depois de toda essa tensão entre aqueles que defendem sua proibição, legalização, ou o consumo com finalidades medicinais. As perspectivas científicas apontam a substância como opção de tratamento, proporcionando finais de vida mais dignos para alguns sujeitos (BONFÁ; VINAGRE; FIGUEIREDO, 2008).

Reforçando a busca por meios alternativos para o alcance do bem-estar do sujeito, cabe salientar o pensamento de Leite e Costa (2009):

[...] deve haver, em relação aos pacientes com câncer, um entendimento de que o curar, muitas vezes, é escravo da tecnologia, mas o cuidar aceita que a existência é finita e sempre existe algo que possa ser feito para melhorar a qualidade de vida (LEITE, COSTA, 2009, p. 360).

Outra situação de adaptação, que conseqüentemente leva ao desenvolvimento de ações de cuidado, diz respeito à bomba infusora domiciliar que faz parte de alguns protocolos quimioterápicos para câncer de intestino. No presente estudo, oito dos dez sujeitos vivenciaram essa experiência com suas dificuldades e cuidados necessários.

Quando eu fazia aplicação, eu ia para casa com uma bombinha [bomba infusora] e os cuidados que eu tinha em relação a ela eram no banho para não molhar, na hora de dormir para não enroscar e soltar, com meu filho também pegar ele no colo e enroscar. A primeira vez que eu levei, até me falaram que não podia molhar. Mas mesmo assim, eu comecei a tomar banho, e eu não consigo tomar banho sem lavar o cabelo, então, acabei molhando um pouco o curativo. Outro cuidado era para não escapar a agulha, apesar de que sempre sai da clínica muito bem fixada, sempre funcionou muito bem, mas o cuidado era no banho mesmo, o cuidado era para não molhar, e durante dois dias eu tomava aquele banho de gato. Ficar com a agulha e com a bombinha às vezes incomodava, porque você vai tomar banho, você tem que pendurar em algum lugar e cuidar para não molhar, não soltar. O incômodo maior era no banho mesmo, agora quanto ao dia a dia estou acostumado a andar com pochete. Tinha medo também do meu filho bater a mão, puxar, alguém bater a mão (S2).

O dia em que ficava com a bombinha não era muito complicado porque ela era bem conectada, até quanto à parte externa que parecia uma mamadeira aquilo, ficava num cinturão que tinha uma bolsa, era muito bem colocado a cânula que levava a medicação ao cateter, então ele era bem suturado, as enfermeiras faziam uma segurança boa, mas mesmo assim cuidava para não puxar o fio, não bater, não enroscar em algum lugar. Na hora do banho, eu fazia assim, antes de ir à clínica colocar, eu tomava um belo banho, eu ficava exatamente 24 horas, no outro dia eu pegava e tomava um banho com o chuveirinho da cintura para baixo para não comprometer o cinturão. E em cima, com um pano, depois passava um creme, [...] a cabeça dava para ficar uns dois, três dias sem lavar, e o rosto lavava normal, não tinha problema, o ruim era a higiene da cintura para cima, nas axilas, mais tranquilo, passava um pano úmido, geralmente com adstringente, evitava sabão, porque tinha que enxaguar, tinha medo que fosse água do banho que tem bastante bactéria, resto de células, então eu tinha medo que fosse principalmente no cateter (S8).

Em relação à bomba infusora, o maior incômodo relatado por S2 e S8 era durante a higiene pessoal, que ficava impossibilitada de ser realizada da forma habitual. Com relação às bombas para a infusão de solução, existem dois tipos: as não portáteis e as portáteis. Neste estudo, nos referimos às portáteis, que representam um avanço na qualidade de vida dos sujeitos oncológicos, pois possibilitam a infusão de quimioterápicos em domicílio, diminuindo a permanência do sujeito no hospital ou no ambulatório de quimioterapia. No caso dos sujeitos deste

estudo, foram utilizadas as bombas descartáveis, que infundem as soluções sob velocidade fixa (BONASSA, 2006). Para além do cuidado do corpo, o cuidado da mente, como a assistência psicológica, é de fundamental importância durante todo o período de enfrentamento da doença, desde o diagnóstico até o acompanhamento pós-tratamento. Ainda existe uma resistência por parte dos sujeitos em realizar este tipo de terapia, como relata S2:

Eu não queria fazer tratamento psicológico, ela [mãe] também acabou dando uma forçada para eu fazer, porque ela sabe que todo mundo na família é irritado. Acompanhamento psicológico, eu faço até hoje, de quinze em quinze dias, quando eu consigo, quando acontece algo mais estressante, mas normalmente de quinze em quinze dias. [...] Quando eu vejo que estou muito irritado, muito estressado, muito nervoso, quando eu sei que estou para explodir, aí eu me desespero e vou atrás dela. Marco uma consulta e vou, às vezes resolve, às vezes não, mas é bom, não custa (S2).

[...] me sentia muito irritada, uma irritabilidade fora do comum, me incomodava com qualquer coisinha. Até o interessante foi que o meu marido pediu para eu consultar uma psicóloga, partiu dele, acho que eu devia estar chata mesmo, ele insistiu, disse que seria bom, mas eu não fui, achei que não era o caso. Depois conversei com o meu médico da quimioterapia que me receitou um calmante, cetralina, que tomo até hoje (S10).

A família inicialmente pode ser o apoio principal do sujeito com câncer, mas chega um momento em que ela percebe que o seu amparo não é o suficiente para prover o bem-estar psicológico ao seu ente e incentiva a busca por assistência psicológica adequada, como foi o caso de S2 e S10.

Cada sujeito tem um modo de se expressar perante a doença e, dependendo do momento em que se encontram não aceitam ajuda por meio de palavras, mas essa ajuda pode ser transmitida por meio da escuta e da demonstração de interesse pelo que ele traz. Visando a ajudar o sujeito oncológico a aceitar sua doença, a ter um melhor rendimento no tratamento e a amenizar sua dor física e psicológica, faz-se necessário um trabalho unificado, biopsicossocial e interdisciplinar (BOTEGA, 2010).

Viver com o câncer de intestino é um desafio diário. O enfrentamento da doença é uma barreira a ser superada, além disso, existe uma série de preocupações, sentimentos, expectativas e aflições que dificultam seu relacionamento social e pessoal. Frente a essas perturbações internas, o próprio sujeito procura tratamento especializado, conforme expõe S4 a seguir.

Eu procurei tratamento psicológico depois da quimioterapia, porque eu tinha problema de insônia já fazia algum tempo, sempre tive e depois com a

quimioterapia piorou. Houve uma época também que eu ficava com muito medo da doença. E aí eu disse assim: “eu não posso viver desse jeito, eu tenho que procurar um tratamento” e fui. Então o que eu fiz, com essa psicóloga, eu comecei a ver os problemas de uma forma diferente, para não me afetar tanto, e eu estou conseguindo, agora estou conseguindo (S4).

Esse foi o cuidado psicológico relatado por S4, que assumiu suas fragilidades e foi em busca de uma melhor qualidade de vida, para adaptar-se a nova condição, o tratamento. Neste sentido, Ramos e Lustosa (2009) afirmam que estratégias com vistas à resolução do problema, como planejamento, postura ativa, busca por informações e autocuidado, associadas aos pensamentos positivos e religiosos, são evidenciadas como maneiras de manter o autocontrole diante da situação. Além disso, o suporte da família, amigos e profissionais de saúde fortalece o sujeito, auxilia no aceite da doença e tratamento, proporciona autoconfiança, aumenta sua capacidade de enfrentamento e leva à busca por reabilitação. Esses apoios atuam sobre o sistema imunológico, que influenciam e favorecem a recuperação, resultando na melhoria da qualidade de vida.

Percebeu-se que a trajetória do tratamento para o câncer de intestino trouxe um estado emocional incomum aos sujeitos. Estas mudanças ocorrem diariamente na vida da maioria das pessoas, porém estas alterações são vivenciadas de maneira mais branda. Contudo, no sujeito oncológico, as variações emocionais são mais intensas, visto o conjunto de novos fatores adicionados à sua rotina de vida.

No dia antes de fazer quimioterapia eu ficava ansioso, irritado, que você sabe que vai dar enjoo, sabe quais são e que pode dar as reações. O psicológico é o pior, porque na verdade a quimioterapia, pelo menos para mim foi ótima, uma coisa que não me judiou tanto [...]. Então, para mim não, só que mesmo assim o deixa mais irritado, mais agitado, mais insuportável. Tem dia que nem a gente se suporta. Com a quimioterapia, você fica bem mais, não vou dizer mais cansado, mas sem vontade de fazer as coisas, mais irritado (S2).

Durante a quimioterapia, eu fiquei mais irritada, intolerante. Meu marido tem uma paciência comigo e ele não podia nem chegar perto de mim que eu explodia. Eu sou calma, eu sou bem calma (S6).

Eu me sentia muito irritado, sem paciência, tanto é que estraguei amizades por intolerância, eu fiquei muito intolerante. Isso eu percebi depois da quimioterapia, hoje ainda sou um pouco. Eu não aguento as pessoas, não aguento coisas (S8).

Os sujeitos S2, S6 e S8 declaram que a quimioterapia antineoplásica desencadeou alteração no estado psíquico como intolerância, impaciência, ansiedade, irritabilidade. Esta pode ser um efeito colateral decorrente da doença e do tratamento. Muitas vezes, o sujeito tem consciência do motivo da irritação, sabe

que os efeitos colaterais estarão presentes e por isso tentam se observar e controlar para evitar situações de desconforto com os familiares (BOTEGA, 2010).

Em relação ao convívio social, alterado devido ao estado emocional de S8, Silva (2005) menciona que a circunstância de estar com câncer suscita revolta contra si mesmo, contra os outros, contra o mundo e inveja daqueles que mantêm a saúde. Além disso, as mudanças ocorridas na vida social são decorrentes dos efeitos colaterais e das fantasias que o sujeito tem em relação ao que os amigos e a sociedade possam pensar ou dizer a seu respeito (BOTEGA, 2010).

A adaptação ao tratamento trouxe para os sujeitos momentos de luta, sentimentos controversos e de esperança na cura, fato que os fez desenvolver ações de cuidado em relação as intercorrências e efeitos colaterais do tratamento.

#### 4.3.3 Vivência da cura

O tratamento proporcionou novos sentidos e condutas nas vidas dos sujeitos. Dificilmente sua rotina voltará a ser como antes, então se inicia uma nova etapa de cuidados, denominada seguimento ou acompanhamento – vivência da cura. Durante esse período, percebe-se que uma das preocupações de maior impacto é o medo da recidiva da doença, como declarado por S8 e S9.

Porque eu tenho um pouco de medo de sair daqui de Curitiba, ir para lá [litoral] e ter uma recidiva, alguma coisa, então eu me cuido muito, eu sou minucioso até demais (S8).

Sou motorista de caminhão, continuo trabalhando, até durante a quimioterapia eu trabalhei. Eu fazia quimioterapia aqui em Curitiba, chegava a Guarapuava pois moro lá e viajava correndo. Não parei de trabalhar, hoje continuo trabalhando, mas trabalho menos agora [...]. Mas durante a quimioterapia, eu trabalhei, trabalhei normal, viajava para longe, trabalhei no estado do Rio de Janeiro, às vezes, ia 300 quilômetros para frente ainda. Não parei de trabalhar. [...] não é bom ter atividade tumultuada, isso influi muito, o estresse no sistema nervoso. É por isso que eu tenho medo, por isso que eu vou parar. Não vale a pena ficar se estressando, tenho que me cuidar mais agora. Porque se voltar, muitos dizem que se voltar, agora volta para matar mesmo (S9).

Para S9, o estresse, além de contribuir para o desenvolvimento do câncer, pode também contribuir para a recidiva do tumor, sendo uma preocupação que aflige a maioria dos sujeitos oncológicos e um motivo para a busca por cuidados para afastar a possibilidade do retorno da doença.

O medo em relação à recidiva da doença é percebido, frequentemente, no discurso dos sujeitos como algo que os preocupa e causa sofrimento. A possibilidade de recidiva causa fragilidade e ansiedade, e a vivência dessa angústia está ligada ao medo do retorno da doença com a aproximação novamente da morte (SIQUEIRA, 2006).

A possibilidade de recidiva foi vivenciada por S2, que, ao realizar um exame de acompanhamento, foi surpreendida com a notícia de que poderia estar com um tumor no fígado.

Quando a doutora estava viajando, eu tinha exames para mostrar a ela, o médico lá onde eu fiz falou que deu alguma coisa no meu fígado, podia ser um tumor no fígado, eu vim aqui, o médico olhou e disse que realmente eu estava com tumor no fígado. Eu peguei e falei assim para o meu marido: “Não é possível”. Ali eu dei uma quedinha, eu esperei a doutora chegar, a doutora olhou, que ela não leu o que estava escrito, o laudo ainda não estava pronto eu só tinha as imagens, no que ela olhou e ela falou: “Quem falou que você está com câncer no fígado? Que tem um tumor, alguma coisa? Está nada”. Aí na mesma hora ela ligou para esse médico que fez o exame, ele pediu que eu fosse lá novamente, eu fui e ele ficou meio sem jeito e fez o exame de novo e realmente, ele disse: “É, eu li errado”. Isso é muito ruim pra gente que está fazendo tratamento, eu achei que se eu tivesse com alguma coisa em cima do outro, eu não ia aguentar, isso foi o que eu pensei, ali eu fiquei meio baqueada. Mas na hora que a doutora falou que não era eu já me reergui. Falei: “Doutora, a única coisa que eu acho que me deu a baqueada, que eu fiquei assim meio triste, foi porque o médico falou que eu estava com isso. Mas eu sabia que eu ia me reerguer de novo, porque diz que fígado até cresce, mas a gente não quer logo assim em cima do outro” (S2).

Percebe-se a angústia do sujeito ao ser comunicada de uma alteração no fígado, tendo havido um desestruturação emocional ocasionada por uma comunicação equivocada de lesão hepática. Tendo experienciado toda uma situação de diagnóstico e tratamento, o sujeito não suporta a possibilidade de percorrer esse árduo caminho novamente.

A concepção do câncer como fantasma é identificado pelos sujeitos e também pelos familiares, visto que qualquer alteração no corpo é associada a ele e motivo para lembrar as experiências vividas (SALCI; MARCON, 2010b).

É notório que o medo permanece constante na vida dessas pessoas, como relatado por S8, que a cada realização dos exames de acompanhamento, seu organismo manifesta física e emocionalmente reações de ansiedade e pavor frente aos resultados e ao futuro incerto que a vida lhe reserva.

[...] você fica muito sensível depois de uma quimioterapia, fica se sentindo mal, fica com mais panicozinhos, não precisa procurar um psiquiatra necessariamente, mas você fica assim. Por exemplo, toda vez que eu vou fazer um exame, eu faço o seguinte, faço uma bateria de exames de

sangue, faço ecografia de abdome total, pelve e tireoide, raios-X do pulmão e de seis em seis meses eu tenho que fazer a colonoscopia. Quando está chegando perto, eu já marquei tudo, um mês antes, eu marco todos os meus exames, então quando chega perto de fazer os exames, eu marco um mês antes e eu esqueço. Então, quando vai chegando perto, que eu olho na agenda, já vai me dando um nervoso, eu fico sem apetite. Todo dia é normal eu passar a noite sem ir ao banheiro, só porque aquele dia que eu preciso fazer a ecografia, que eu não posso ir ao banheiro, me dá vontade de ir ao banheiro. É uma coisa assim complicada, mas você tem que ter estrutura, respirar fundo e fazer (S8).

Dessa forma, a recordação do câncer é algo presente em suas vidas e por mais que o tempo passe, como no caso de S8 que teve o diagnóstico há aproximadamente quatro anos atrás, ainda permanece vivo o temor de uma recidiva.

Reforçando este pensamento, Salci e Marcon (2010b) afirmam que os sujeitos acreditam que o câncer representa um fantasma que rondará suas vidas para sempre, mesmo após a conclusão dos tratamentos com sucesso e estando bem de saúde há bastante tempo. Enfatizam também que a ansiedade está mais presente nos primeiros anos pós-tratamento, e que com o passar do tempo, essa sensação gradativamente vai diminuindo, até se tornar uma rotina submeter-se anualmente aos exames.

Toda a situação de angústia e medo, bem como a interrupção dos planos anteriormente elaborados, pode levar a mudanças no planejamento da vida do sujeito depois do câncer, como evidenciado por S8.

Sou meio nostálgico, eu me lembro muito do passado, eu não fiz planos para o futuro, não eu vou fazer isso, fazer aquilo, não. Meu único plano é cuidar da saúde e ir vivendo (S8).

Apesar de ter pensamentos voltados ao cuidado, ao zelo, S8 demonstra conviver com a angústia do passado pouco distante, e essa mágoa o domina, não possibilitando vislumbrar um futuro sem pensar na doença.

Para Silva (2005), a certeza da fatalidade do câncer faz com que alguns sujeitos não pensem no futuro, não tracem novos planos. O estar com câncer traz a sensação de estar sem futuro, modificando toda a estrutura da sua personalidade, sua visão do mundo e seus valores. Dessa forma, o câncer passa a ser não apenas uma ameaça à vida, mas também à sua identidade.

Para S9, o estresse foi um dos motivos desencadeadores do câncer. Frente a essa concepção, diminuiu o ritmo de trabalho, mas o seu desejo mesmo é de parar de trabalhar.

Não parei de trabalhar, hoje continuo trabalhando, mas trabalho menos agora [...]. Como os médicos falam, você nunca pode dizer que está curado do câncer, mas eu acredito que não vai mais voltar, faz dois anos agora em julho que eu fiz a cirurgia e continuo fazendo os exames e acompanhando. Já me aconselharam o seguinte, inclusive estou parando agora não vou viajar mais. Porque isso aí, o câncer, também é o estresse que influi muito (S9).

Percebe-se que para S9 existe uma forte associação entre estresse laboral e o câncer de intestino, e que por esse motivo existe a intenção de parar de trabalhar. Nota-se que o medo da recidiva está presente na sua vida, reforçado pelo pensamento de que a pessoa nunca pode dizer que está curada.

No mesmo sentido, Anjos (2005) identificou em seu estudo que os sujeitos buscam informações a respeito de sua doença, independentemente da classe social, e sabem que no contexto da oncologia a cura do câncer não pode ser afirmada por ninguém, perpetuando, assim, o estigma de doença fatal, mediante a possibilidade de recidiva.

Não só na lembrança ficarão marcas da experiência do câncer, mas fisicamente, por algum tempo indícios de que a turbulência um dia se fez presente, lembram S1 e S2 de sua trajetória.

Ainda continuo com o cateter, faço manutenção de 30 em 30 dias, normalmente, agora que há uns 40, 50 dias que eu não faço. [...] Fico preocupado quando passa do tempo, porque a minha mãe teve um problema no cateter, e ela ficou 30 dias internada e ninguém achou o problema dela, agora teve que fazer uma cirurgia novamente para pôr um outro [devido a uma trombose no cateter]. O médico falou que é muito raro dar esse problema, mas por ela ter tido e ter ficado 30 dias, eu tento cuidar bem do meu. Não incomoda, não dói, é a mesma coisa que se eu não tivesse, eu vejo porque fico sem camisa. Mas o cateter é uma beleza e tento fazer a limpeza dele mensalmente. Não me atrapalha de forma nenhuma. Eu sei que tenho que cuidar, não bater alguma coisa nele, como eu não estou jogando bola mesmo, não estou fazendo nada, então não incomoda (S1).

O que eu fazia antes e hoje e não consigo mais é jogar bola, dependendo da quantidade que eu ando, peso, não consigo mais puxar peso. Você fica limitado, mais isso, mais serviço pesado mesmo que eu não consigo fazer e esporte, alguma coisa que te force mais. Hoje eu não tenho a mesma saúde de antes para fazer (S2).

A restrição física ainda é evidenciada por S1 e S2, que admitem não ter a mesma disposição de antes e assumem, com responsabilidade, os cuidados que precisam ter nessa fase do viver sem a doença.

Devido à presença de uma doença crônica, como o câncer, há o comprometimento das atividades rotineiras durante um período imprevisível de

tempo. As mudanças não são fáceis, muito menos desejáveis, contudo, frente a uma nova perspectiva, o sujeito passa a redirecionar a sua vida, contribuindo com o processo em que se encontra (SIQUEIRA, 2006).

Realizar exames laboratoriais e de imagem torna-se uma necessidade e uma rotina em suas vidas. Essa nova fase é permeada por um caminho que gera insegurança, angústia e temor em relação aos resultados dos exames, que determinarão a conduta a ser seguida ao aproximar ou afastar a possibilidade da cura. No entanto, no caso de S10, a demonstração de fé e perseverança é evidente no seu relato, manifestando o desejo da sobrevivência contra o câncer.

Quanto ao meu acompanhamento, depois que terminei a quimioterapia, eu consultava de três em três meses, hoje consulto a cada seis meses. Faço vários exames, de sangue, de imagem, tomografia, raios-X. Graças a Deus, estou bem e vou continuar assim (S10).

Quanto à periodicidade e aos exames necessários, eles podem variar de acordo com a avaliação de cada médico, porém, gradativamente, o intervalo entre eles vai aumentando como relata S10.

Visando a assegurar que as alterações de saúde sejam relatadas e para o diagnóstico precoce e tratamento adequado de recidivas é de fundamental importância o cuidado no acompanhamento após o tratamento do câncer de intestino. Além do exame físico, outras formas de avaliação podem ser incluídas como colonoscopia, raio-X de tórax, testes laboratoriais e exames radiológicos como ultrassonografia e tomografia (BRASIL, 2003b).

Os efeitos da mudança de vida ocasionada pelo diagnóstico de câncer acompanham a vida do sujeito para sempre, refletindo-se em modificações de antigos hábitos, acréscimo de outros considerados importantes e uma reavaliação de valores, mas o desejo maior está relacionado com o retorno da vida ao que era antes do tratamento, como enfatizam S1 e S3.

Os cuidados que eu tive foram mesmo parar de beber, diminuir cigarro, fazer caminhada, parar com exercício mais pesado. Só isso mesmo que eu mudei, agora que eu estou voltando, melhorando, agora que eu vou ver mesmo. A hora que voltar a trabalhar todo dia, aí que vou ver, mas não tive muita mudança não, parei com o que tinha que parar e agora estou tentando voltar da mesma forma de antes. Algumas coisas, é lógico, não há como mudar, mas tentar voltar à mesma coisa de antes (S1).

Continuo com a minha vida normal, não acrescentei nada, não tirei nada. E procuro nem pensar mais nisso. A única preocupação minha agora é tirar logo isso aqui [*aponta para o cateter*]. Chegar os cinco anos previstos,

desse cuidado que tem que ter e vamos ver para frente. Tenho a mesma vida que eu tinha antes de começar a quimioterapia (S3).

Passado o pesadelo, a importância fundamental na vida desses sujeitos é sentir-se e viver como viviam antes. Percebe-se um grande empenho em manter-se e manter sua casa, seu trabalho, suas atividades, sua rotina como eram antes da doença. O significado de vida normal está diretamente relacionado em torná-la o mais parecida possível com a anterior (PETUCO; MARTINS, 2006). Ficam claros no relato de S1 e S3 a vontade e o anseio pela volta à rotina anterior, a reincorporação à vida normal.

Com algumas exceções, muitos sujeitos se sentem bem para retornar à sua função profissional após a conclusão do tratamento, e essa pode ser uma das formas para voltar à sua rotina e sentir novamente a autonomia que lhe era comum antes da doença, como relatado por S2, S3 e S4.

Eu estou trabalhando por fora, não para a firma, tenho perícia dia quinze de março [2011], mas estou trabalhando de motoboy, fazendo uns biquinhos. Mas não é todo dia também não (S2).

Parei de trabalhar há aproximadamente um ano, fiquei dispensado. Voltei a trabalhar, já tenho tempo para me aposentar, mas não gostaria de me aposentar já, para não ficar maquinando em casa, coisas assim, motivo da saúde e até da doença. Meu trabalho não é uma coisa tão pesada e por enquanto vou mantendo assim. Eu trabalho no Tribunal de Justiça, eu sou oficial de justiça. Então, meu serviço é na rua, estou aqui, estou lá. Estou em um bairro, estou em outro, converso com um, converso com outro. Não estou preso em quatro paredes ali, horário, ponto que pudessem me levar ao estresse por causa do trabalho. Por isso é que ainda estou mantendo (S3).

O retorno ao trabalho pode ser uma maneira de os sujeitos se manterem ocupados, a fim de evitar a lembrança do problema e manejar suas vidas para o mais próximo do que era antes, como percebido no relato de S3.

Corroborando, Anjos (2005) refere que um dos critérios de normalidade estabelecidos pelo próprio sujeito diz respeito ao retorno ao trabalho, que está relacionado ao seu bem-estar, não somente por se sentir capaz de manter a rotina que tinha antes, mas também sentir-se melhor, podendo exercer sua função profissional.

Cabe salientar que o término do tratamento é uma vitória para o sujeito e para aqueles que percorreram esse árduo caminho ao lado dele. O prazer de comemorar o final dessa fase evidencia o otimismo por ter enfrentado e vencido um câncer, aproveitando o momento atual, sabendo que ele delineará nossas condições

futuras, como a declaração abaixo:

A única coisa que eu fiz, quando eu terminei a rotina, que eu terminei a quimioterapia, foi sair e tomar uma boa dose de vinho junto com a minha esposa, um jantar, para poder comemorar que havia acabado a quimioterapia, mas a vida seguiu igual, a vida segue normal. Veja bem, eu encarei o câncer e a quimioterapia e tudo que poderá vir pela frente como uma situação natural da vida (S1).

Mesmo durante o tratamento, o sujeito deve ser estimulado a ter atividades sociais, de lazer e aproveitar a vida, pois uma das finalidades do tratamento é que se consiga viver bem, demonstrando o quanto é importante para estes sujeitos sentirem-se vivos, bem, aproveitarem as suas relações sociais e pessoais e não viverem apenas para a doença e seu tratamento (ANJOS, 2005).

A mesma autora acrescenta a percepção da mudança de valores em sujeitos após a conclusão da quimioterapia. Na conquista do retorno às atividades rotineiras, sentem-se felizes e esperançosos ao poderem equilibrar novamente sua vida financeira por meio do trabalho e por recuperar seu papel na família (ANJOS, 2005). Como relata S1, que, ao sair para comemorar o final da quimioterapia antineoplásica com sua esposa, demonstrou o retorno à sua vida social, além de reafirmar seu papel familiar e sua relação pessoal.

A vivência da cura é o início do caminho para a “quase normalidade”, pois os sujeitos podem desenvolver ações de cuidado que os afastem da possibilidade de ter novamente o câncer instalado em seus corpos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória dos relatos de vida possibilitou descrever o caminho percorrido pelos sujeitos no desenvolvimento das ações de cuidado desempenhadas nos diferentes períodos da trajetória da doença destacadas em três categorias: revelação, adaptação e vivência da cura.

Inicialmente se evidencia um momento de constantes incertezas frente aos sinais e sintomas, prevalecendo a suspeita de que algo errado está acontecendo, mas ao mesmo tempo existe a negação da gravidade da situação. Confirmada e revelada a doença, o impacto e o medo da possibilidade da morte invadem e desestabilizam o sujeito. A revelação do diagnóstico é considerada uma das fases de maior angústia e ansiedade, principalmente com a concepção marcante de o câncer ainda ser uma doença incurável, estigmatizante e que torna o futuro incerto de quem é acometido por ele.

O câncer ainda é tido como algo incogitável na vida das pessoas, por isso a negação dos sintomas, a associação com outras doenças ou a falta de experiência com a doença foram fatores que prolongaram a procura por serviço especializado. Percebe-se que, de acordo com as vivências anteriores do sujeito, ele se apodera de forma diferente do diagnóstico e do seu tratamento, tornando a aceitação mais tolerável e menos dolorosa.

Passado o impacto do diagnóstico, vem a fase de adaptação às novas situações impostas pelo câncer de intestino. Trata-se de um caminho tortuoso, pois o tratamento proposto, e de ênfase deste estudo, foi a quimioterapia antineoplásica, que ainda é associada com a prevalência das temidas reações e consequente diminuição do bem-estar do sujeito. Cabe destacar que alguns sujeitos veem este momento como um mal necessário, uma possibilidade de cura que leva ao retorno do viver sem o câncer.

Nesta fase, há um esforço por parte do sujeito em dar um sentido à doença, buscando motivos que levaram ao desenvolvimento do câncer, relacionando muitas vezes ao seu modo de vida anterior. Também se percebe a busca pelas redes de apoio como a religião, família e apoio psicológico, na condição de meios de enfrentamento da doença.

Quanto aos efeitos colaterais da quimioterapia antineoplásica, várias foram as ações de cuidado realizadas pelos sujeitos, que se fundamentaram no conhecimento oferecido pelos profissionais de saúde que os acompanharam e por familiares, amigos e experiências anteriores consigo ou com outras pessoas.

O tratamento do câncer na maioria das vezes acarretou uma sobrecarga emocional para o sujeito e sua família, ocasionando alterações no âmbito físico e emocional, houve procura por métodos não convencionais, os sujeitos buscaram na terapia alternativa e complementar a resolução para reações desencadeadas pela quimioterapia antineoplásica. Destaca-se que as ações de cuidados durante a trajetória do câncer são várias e que cada sujeito busca a melhor forma de lutar e enfrentar as dificuldades que a doença e o tratamento lhes impõem.

Apesar dos avanços em relação ao tratamento do câncer, o medo frente à possibilidade da morte se mostrou como algo que acompanha toda a trajetória da vivência com câncer. Na categoria “vivência da cura”, a grande ênfase está no medo da recidiva da doença. Desta forma, os sujeitos vigiam seu corpo, vivendo com um fantasma. Houve também a necessidade de retorno ao que consideravam suas vidas normais, ou seja, a rotina antes do câncer. Percebe-se o domínio pela volta às atividades laborais, recuperando suas relações sociais e pessoais.

O enfoque principal desse estudo foram as ações de cuidado que o sujeito realiza em prol do seu bem-estar durante o tratamento do câncer de intestino. Estas puderam ser descritas nos relatos de vida obtidos, subsidiadas pelas informações repassadas pela equipe de saúde e transformadas de acordo com o conhecimento e experiências prévias dos sujeitos.

Esta pesquisa pode possibilitar um olhar mais efetivo e direcionado para as atividades educativas, pois o enfermeiro é que educa e muitas vezes proporciona suporte emocional ao sujeito e sua família. Também orienta quanto à doença, tratamento, possíveis efeitos colaterais e cuidados necessários na vigência de cada um. O enfermeiro auxilia no enfrentamento da doença, oferecendo suporte para aceitação e adaptação da nova condição de vida, portanto, cabe a esse profissional a designação de ser um dos principais responsáveis pela promoção da saúde, prevenção e reabilitação do sujeito.

Nota-se que não somente as alterações físicas e emocionais e o impacto causado pela quimioterapia antineoplásica foram destaques desse estudo, mas

também a resposta positiva, como o bem-estar do sujeito. Até pouco tempo, a ênfase na literatura oncológica era a sobrevida dos sujeitos, mas isso vem mudando, hoje ela se preocupa, também, com a qualidade de vida durante e após o tratamento.

O sucesso da busca por melhores condições de vida para o sujeito oncológico depende do comprometimento de todos os envolvidos - profissionais, sujeito, família, amigos e redes de apoio. Novos estudos que tragam a experiência de cuidados que os sujeitos oncológicos desempenham se fazem necessários, subsidiando assim a prática de enfermagem na busca de um melhor cuidado, colaborando de forma mais efetiva durante a trajetória do vivenciar o câncer.

## REFERÊNCIAS

AFONSECA, S. O. de; SILVA, M. A. da C.; GIGLIO, A. del. Abordagem da neuropatia periférica induzida por quimioterapia. **Rev. Bras. de Medicina**, São Paulo, v. 67, n. Especial Oncologia, p. 20-25, nov. 2010. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4500](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4500). Acesso em: 24/9/2011.

ALMEIDA, E. P. M.; GUTIERREZ, M. G. R.; ADAMI, N. P. Monitoramento e avaliação dos efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes com câncer de cólon. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, out. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25/7/2011.

ANJOS, A. C. Y. dos. **A experiência da terapêutica oncológica na visão do paciente**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-094800/pt-br.php>. Acesso em : 29/6/2011.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 42-7, jan./fev. 2007.

AYOUB, A. C. *et al.* **Bases da enfermagem em quimioterapia**. São Paulo: Lemar, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer do intestino**. Rio de Janeiro: INCA, 2003a. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/publicacoes/Falando\\_sobre\\_Cancer\\_de\\_Intestino.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/Falando_sobre_Cancer_de_Intestino.pdf)> Acesso em: 16/7/2010.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional do Câncer. Normas e Recomendações do INCA Prevenção do câncer do intestino. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 49, p. 207, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos** / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>> Acesso em: 01/5/2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Atlas de mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2003-2007. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/mortalidade>>. Acesso em: 27/9/2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Guia de nutrição para pacientes e cuidadores: orientações aos pacientes**. / Instituto Nacional de Câncer. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

BELLATO, R. *et al.* Condição crônica, ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua família. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 6, n. 1, p. 40-50, jan./mar., 2007.

BERTAUX, D. **Los relatos de vida**. Barcelona (ESP): Bellaterra, 2005.

BONAN, P. R. F. *et al.* Aspectos clínicos, biológicos, histológicos e tratamentos propostos para a mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. **Rev Bras Canc.**, Rio de Janeiro, v. 51, n.3, p. 235-42, 2005.

BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2006.

BONFÁ, L.; VINAGRE, R. C. O.; FIGUEIREDO, N. V. Uso de canabinoides na dor crônica e em cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 267-279, mai./jun. 2008.

BORGES, T. T. *et al.* Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1511-1520, jul. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/09.pdf>. Acesso em: 24/5/2011.

CASTRO, L. S.; CORREA, J. H. S.; MORAES, M. F. O. Estadiamento de câncer colorretal. In: ROSSI, B. M. *et al.* **Câncer de cólon, reto e ânus**. 1. ed. São Paulo: Lemar e Tecmedd Editora 2004. p.77-85.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pesando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. bras. enferm.**, v. 58, n. 2, p. 214-217, mar./abr. 2005.

COELHO, J. C. C. G. P. **Papel da colonoscopia com magnificação de imagem associada à cromoscopia no diagnóstico diferencial entre lesões neoplásicas e não neoplásicas do intestino grosso**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

COLLIÈRE, M. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999.

CHAVES, P. L. **Avaliação da qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial**. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000763286&loc=2010&l=59aa5afa68eb8001>. Acesso em: 09/6/2011.

DANTAS, E. L. R. *et al.* Genética do Câncer Hereditário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 3, p. 263-269, 2009. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v03/pdf/67\\_revisao\\_literatura1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/67_revisao_literatura1.pdf). Acesso em: 07/9/2011.

DESLANDES S. F. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

DURAN, M.; LAPORTE, J. R.; CAPELLÀ, D. Novedades sobre las potencialidades terapêuticas del Cannabis y el sistema cannabinoide. **Med Clin.**, Barcelona, v. 122, n. 10, p. 390-8, 2004. Disponível em: <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/pub/Cannabis/PublicacionsCannabis/medicinaclinica.pdf>. Acesso em: 20/5/2011.

FARIAS, D. H. R.; GOMES, G. C.; ZAPPAS, S. Convivendo com uma ostomia: conhecendo para melhor cuidar. **Cogitare enferm.**, v. 9, n. 1, p. 25-32, jan./jun. 2004.

FERREIRA, N. M. L.; DE CHICO, E.; HAYASHI, V. D. Buscando compreender a experiência do doente com câncer. **Revista Ciências Médicas**, v. 14, n. 3. p. 239-248, 2005.

FIGUEIREDO, A. P. R. S. **Impacto do tratamento do cancro colorrectal no doente e cônjuge: implicações na qualidade de vida, morbidade psicológica, representações de doença e stress pós-traumático**. Dissertação (Educação em Saúde) - Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho. Braga, 2007. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7063/4/Tese%2520total%2520-%2520ultima%2520vers%25C3%25A3o.pdf>. Acesso em: 02/4/2011.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 1, mar. 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 09/9/2010.

FONSECA, S. M. *et al.* **Manual de quimioterapia antineoplásica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONDIM, F. M.; GOMES, I. P.; FIRMINO, F. Prevenção e tratamento da mucosite oral. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 67-74, jan./mar. 2010.

GUERRA, M. R. *et al.* Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005. Disponível em: [http://www.eteavare.com.br/arquivos/81\\_392.pdf](http://www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf). Acesso em: 13/8/2011.

GUERRERO, G. P. *et al.* Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, fev. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08/01/2011.

GUIMARÃES, J. L. M.; ROSA, D. D. (Org.). **Rotinas em oncologia**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JACONODINO, C. B.; AMESTOY, S. C.; THOFEHRN, M. B. A utilização de terapias alternativas por pacientes em tratamento quimioterápico. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 61-6, jan./mar. 2008.

KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N. **Robbins & Cotran: Patologia - Bases Patológicas das Doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4. p. 355-364, 2009.

LEVIN, B. *et al.* Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: A joint guideline from the American cancer Society the US Multi-Society Task Force on colorectal cancer, and the American College of Radiology. **CA Cancer J Clin.**, v. 58, n. 3, p.130-60, mai./jun. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18322143>. Acesso em: 09/10/2011.

LIMA, R. **A representação social das mulheres sobre o câncer de mama: implicações para o cuidado de enfermagem**. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Roberta\\_Lima.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Roberta_Lima.pdf). Acesso em 10/07/2011.

MANTOVANI, M. de F. *et al.* Perfil dos usuários cadastrados na Associação Paranaense de Ostomizados – APO. **Cogitare enferm.**, v. 12, n. 1, p. 76-81, jan./mar., 2007.

MARUYAMA, S. A. T.; ZAGO, M. M. F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 216-22, mar./abr. 2005.

MENDES, F. R. P. A gestão cotidiana da herança indesejada: um estudo sociológico sobre o risco genético de câncer hereditário. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 28, n. 1, p. 1-11, 2006. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1095/554>. Acesso em: 19/9/2011.

MOESINGER, R. C. Diagnosis and emerging therapies in the treatment of colorectal cancer. **Johns Hopkins Advanced Studies in Medicine**, v. 6, n. 1, p. 30-9, 2006. Disponível em: [http://jhasim.com/files/articlefiles/pdf/ASIM\\_Master\\_6\\_1\\_pMoesinger.pdf](http://jhasim.com/files/articlefiles/pdf/ASIM_Master_6_1_pMoesinger.pdf). Acesso em: 23/8/2011.

NOVAIS, H.; BRAGA, P.; SCHOUT, D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 4, p. 1023-1035, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32338.pdf>. Acesso em: 20/9/2011.

OLIVEIRA, J. A. F.; GARCIA, A. H. R. Câncer colorretal: tratamento quimioterápico adjuvante e a doença metastática. In: GUIMARÃES, J. R. Q. **Manual de oncologia**. 2. ed. São Paulo: BBS Editora, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Chronic diseases and their common risk factors**. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: 01/08/2010.

PEREIRA, W. D. **Corpo e significado: percepções do portador de diabetes mellitus tipo 2**. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Minas Gerais, 2006. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-6VMNU9/1/wilma\\_dantas\\_pereira.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/GCPA-6VMNU9/1/wilma_dantas_pereira.pdf). Acesso em: 23/9/2011.

PETUCO, V. M.; MARTINS, C. L. A experiência da pessoa estomizada com câncer: uma análise segundo o Modelo de Trajetória da Doença Crônica proposto por Morse e Johnson. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 134-41, abr. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 27/6/2010.

QUAYLE, J.; DE LUCIA, M. C. S. (Org.). **Adoecer**: as interações do doente com sua doença. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, jun. 2009. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07/9/2011.

ROSSI, B. M. *et al.* Câncer colorretal. **Rev. Bras. de Medicina**, São Paulo, v. 67, n. Especial Oncologia, p. 4-9, abr. 2010. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4291](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4291). Acesso em 09/5/2011.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. dos. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 32-41, dez. 2003. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932003000400006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932003000400006&script=sci_arttext) . Acesso: 18/7/2011.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 558-66, jul./set. 2009. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a15.pdf). Acesso em: 01/8/2011.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. As mudanças no cotidiano familiar e na vida da mulher após o início do tratamento para o câncer. **REME rev. min. enferm.**, v. 14, v. 1, p. 43-51, jan./mar., 2010a.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. A convivência com o fantasma do câncer. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 18-25, mar. 2010b.

SALCI, M. A.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-51, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a09.pdf>. Acesso em 01/8/2011.

SALES, C. A. *et al.* Sentimentos de pessoas ostomizadas: compreensão existencial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100031&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12/11/2010.

SALES, C. A. *et al.* A existencialidade da pessoa com neoplasia em tratamento quimioterápico. **Acta sci., Health sci.**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 177-182, 2003.

SALVADORI, A. M.; LAMAS, J. L. T.; ZANON, C. Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados de enfermagem para sujeitos com câncer de pulmão em quimioterapia ambulatorial. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.12, n. 1, p. 130-5, mar. 2008.

SANTOS, J. dos; MOTA, D. D. C. de F.; PIMENTA, C. A. de M. Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, dez. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000400024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400024&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 11/9/2010.

SANTOS, I. M. M. dos; SANTOS, R. da S. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 714-719, dez. 2008.

SHIMADA, C. S. **Efeitos adversos no tratamento quimioterápico**: uma visão para enfermeiros e farmacêuticos. 1. ed. São Paulo: Planmark, 2009.

SILVA, V. C. E. da. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. 218 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa interinstitucional USP/UEL/UNOPAR. Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../SILVA\\_VCE.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../SILVA_VCE.pdf). Acesso em: 09/8/2011.

SILVA, S. de S.; AQUINO, T. A. A. de; SANTOS, R. M. dos. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, dez. 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872008000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07/8/2011.

SIQUEIRA, K. M. **Compreendendo o Ser da pessoa com câncer: suas posturas e possibilidades existenciais**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. Goiânia, 2006. Disponível em: [http://bdt.d.ufg.br/tesesimplificado/tde\\_arquivos/15/TDE-2006-08-15T203032Z-23/Publico/Karina%20Machado%20Siqueira.pdf](http://bdt.d.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-08-15T203032Z-23/Publico/Karina%20Machado%20Siqueira.pdf). Acesso em: 09/8/2011.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns des-velamentos. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 15, n. 4, jul./ago., 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt\\_v15n4a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a13.pdf). Acesso em: 10/9/2010.

SOFFIATTI, N. R. T. Consulta de Enfermagem em ambulatório de quimioterapia: ênfase nas ações educativas. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 5, n. especial, p. 69-72, jan./jun., 2000.

TADOKORO, H.; FONSECA, S. M. da. Indicações e contraindicações para quimioterapia. In: FONSECA, S. M. da *et al.* **Manual de quimioterapia antineoplásica**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000, p. 2-5.

VALADÃO, M. *et al.* Perfil dos pacientes portadores de câncer colorretal operados em um hospital geral: necessitamos de um programa de rastreamento acessível e efetivo. **Rev bras Coloproct**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 160-166, 2010.

WOHLSCHLAEGER, M. S. N. Prevention and treatment of mucositis: a guide for nurses. **J Pediatr Oncol Nurs.**, Philadelphia, v. 21, n. 5, p. 281-7, 2004. Disponível em: [www.pediatric.com/jurnal.../06118-oiqh185.pdf](http://www.pediatric.com/jurnal.../06118-oiqh185.pdf). Acesso em: 29/8/2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZUARDI, A. W. History of cannabis as a medicine: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 2, jun. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000200015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200015&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 16/5/2011.

**APÊNDICES**

APÊNDICE I -	CARTAZ DE INFORME E RECRUTAMENTO PARA A PESQUISA .....	108
APÊNDICE II -	ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....	109
APÊNDICE III -	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	110

## APÊNDICE I – CARTAZ DE INFORME E RECRUTAMENTO PARA A PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM



## *Convite para participação em pesquisa*

**Convidamos os interessados em participar da pesquisa: “A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura”, realizada pela mestrande Eveline T. Justino. Sua participação será através de uma entrevista. Para maiores informações entre em contato com a mestrande ou com o seu médico.**

**Critério de seleção: ter concluído a quimioterapia para câncer de intestino a mais de três meses.**

**Mestrande: Eveline Treméa Justino**

**Contato: (41) 9950-0655 ou no Departamento de Quimioterapia das 13 às 20 horas.**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani**

**Local da entrevista: IOP – Instituto de Oncologia do Paraná**

**Data e horário: a combinar**

## APÊNDICE II - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### 1. PERÍODO QUE PRECEDE AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

1.1 Conte-me como foi o momento do diagnóstico de câncer e o que isso alterou nos seus cuidados diários.

1.2 Do momento do diagnóstico até o início da quimioterapia, houve alguma preparação, houve o acréscimo de cuidados ao corpo, à mente, à família?

### 2. PERÍODO DURANTE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

2.1 Cite e descreva os cuidados realizados durante o tratamento quimioterápico.

### 3. PERÍODO POSTERIOR AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

2.2 Quais cuidados foram mantidos após o tratamento?

2.3 Quais não fazem mais parte da sua rotina. Por quê?

## APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Você, paciente que realizou quimioterapia para câncer de intestino, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura”. É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- b) O objetivo desta pesquisa é descrever os cuidados realizados pelos pacientes antes, durante e após o tratamento de quimioterapia.
- c) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista individual com perguntas relacionadas aos seus cuidados realizados antes, durante e após o tratamento de quimioterapia. Esta entrevista será realizada em uma sala específica, terá duração aproximada de duas horas e será gravada por um aparelho gravador de áudio. Para tanto, você deverá comparecer ao Instituto de Oncologia do Paraná (IOP) para uma entrevista com duração aproximada de duas horas.
- d) A pesquisa não acarretará malefícios e prejuízos financeiros ou morais à sua saúde e trará o benefício de sua contribuição para os demais profissionais da área conhecerem os cuidados realizados pelos pacientes antes, durante e após o tratamento.
- e) As pesquisadoras são a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Mantovani, Professora Associada da Universidade Federal do Paraná (UFPR), telefone (41) 3360-5333; (41) 8502-7840, e-mail [mantovan@ufpr.br](mailto:mantovan@ufpr.br), e Eveline Treméa Justino, enfermeira, Mestranda em Enfermagem da UFPR, telefone (41) 9950-0655, e-mail [evelinejustino@hotmail.com](mailto:evelinejustino@hotmail.com), que poderão ser contactadas das 09:00 às 17:00 horas, sendo as responsáveis que poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
- f) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado, sem nenhuma penalização. Seu tratamento e acompanhamento no IOP não serão comprometidos de nenhuma forma caso opte por abandonar o estudo.

- h) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade.
- i) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j) Sua privacidade e o sigilo das informações serão garantidos. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo para o qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo e os tratamentos alternativos. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito de pesquisa)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da pesquisadora responsável)

Curitiba, de 20 .

**ANEXO****CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO**