



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Verônica dos Santos Cordeiro

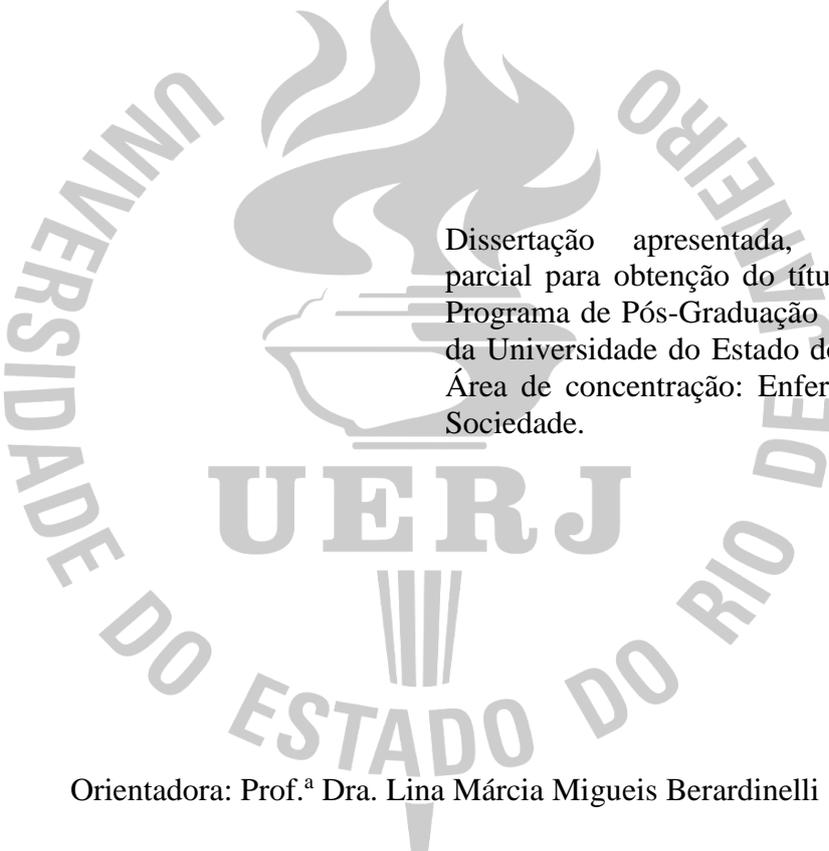
**O cuidado de enfermagem à pessoa em tratamento quimioterápico:
narrativas de vida**

Rio de Janeiro

2018

Verônica dos Santos Cordeiro

O cuidado de enfermagem à pessoa em tratamento quimioterápico: narrativas de vida



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lina Márcia Migueis Berardinelli

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

C795 Cordeiro, Verônica dos Santos.
O cuidado de enfermagem à pessoa em tratamento quimioterápico:
narrativas de vida/ Verônica dos Santos Cordeiro. - 2018.
114 f.

Orientadora: Lina Márcia Migueis Berardinelli.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Pulmões – Câncer – Quimioterapia. 3.
Promoção da saúde. 4. Autocuidado. 5. Doença crônica. I. Berardinelli,
Lina Márcia Migueis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Verônica dos Santos Cordeiro

O cuidado de enfermagem à pessoa em tratamento quimioterápico: narrativas de vida

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Lina Márcia Migueis Berardinelli (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Rosângela da Silva Santos
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

Ao meu amado filho Benício, que me inspira diariamente, me fortalece e me tem proporcionado grandes momentos de alegria.

AGRADECIMENTOS

Em especial, a Deus, meu Senhor! A quem devo a vida e cuidados, por proporcionar desde o princípio tantas vitórias em minha vida, me possibilitando alcançar meus objetivos!

Aos meus queridos sogros Teresinha e Enis, por todo apoio, carinho, dedicação, amor e, principalmente, por todo cuidado e amor dedicado ao meu filho Benício.

Ao Adriano, por ter acreditado neste trabalho e ter me ajudado a realizar um sonho, que faz parte do meu projeto de vida.

À minha mãe, a quem agradeço a minha existência e que lutou pela minha vida e bem-estar. Me apoiou acima de tudo e acreditou no meu sonho.

Às minhas irmãs Janaina e Rosemere, por sempre acreditarem em mim. Obrigada pelo apoio, incentivo e carinho. Amo vocês!

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Lina Márcia Migueis Berardinelli, por me inspirar com suas aulas a me apropriar do conhecimento próprio da enfermagem na idealização e realização deste estudo.

À gerente de enfermagem Patrícia Passos, à coordenadora Flávia Ramos, aos supervisores de enfermagem, em especial, Renata Martins, por permitirem que a pesquisa acontecesse. E a todos os companheiros de trabalho do grupo ACOI, pela compreensão, apoio e parceria que culminaram na concretização desta pesquisa.

Aos membros da banca examinadora, Titulares e Suplentes, por me proporcionarem o aprendizado, por apreciarem e contribuírem sobremaneira com este estudo.

A todos os amigos, por me entenderem e participarem das minhas aflições ao longo da pesquisa. Em especial, à Anna Carolina Chaves e à Juliana Nascimento que me incentivaram e fizeram acreditar que eu podia ser uma mestranda, enfermeira e mãe do Benício, com três meses, quando tudo começou. Serei eternamente grata e nunca vou esquecer o que fizeram por mim.

Sobretudo, eternamente agradecida aos pacientes que se esforçaram, rompendo seus limites do adoecimento, e colaboraram com a pesquisa. Sem eles, eu não poderia tecer uma linha sobre o cuidado.

Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.

Paulo Freire

RESUMO

CORDEIRO, Verônica dos Santos. **O cuidado de enfermagem à pessoa em tratamento quimioterápico**: narrativas de vida. 2018. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

As pessoas com câncer e seus familiares são vulneráveis aos danos e agravos à saúde, gerando dificuldades, sofrimento durante todo o processo, da descoberta do diagnóstico ao tratamento, o que remete à necessidade de atenção, promoção da saúde e acompanhamento ao longo de todo o processo. Nessa perspectiva, surgiram as seguintes questões norteadoras: Qual o entendimento do paciente com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico sobre o seu processo de adoecimento e cuidado? De que maneira os pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico enfrentam o adoecimento? Para tanto, os objetivos são: Identificar nas narrativas de vida dos pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico o entendimento sobre promoção da saúde, processo de adoecimento e cuidado; discutir as ações de enfrentamento do adoecimento por estes pacientes e as adequações ao novo modo de vida. Estudo qualitativo, descritivo, guiado pelo método narrativa de vida, desenvolvido em uma clínica de oncologia no Rio de Janeiro, de fevereiro a junho de 2017, com 20 pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico. A técnica de produção de dados foi a entrevista, gravada em aparelho de MP4 e transcrita na íntegra. Após a transcrição das entrevistas e organização dos dados, o processo analítico empregado foi a análise temática, originando duas categorias: as etapas do adoecimento e cuidado de enfermagem, e o enfrentamento do adoecer; e as adaptações à nova condição de vida. A partir das narrativas de vida, foi possível identificar que os modos como entendem o processo de adoecimento e cuidado estão diretamente ligados à descoberta da doença, os sinais e sintomas, como tosse, fadiga incluindo os exames e a terapêutica realizada. No contexto do enfrentamento, vários sentimentos e reações como o estresse, depressão, desânimo, sensação de desalento, raiva, ansiedade e irritabilidade foram identificados. Mas a religiosidade, a fé, o auxílio da família e a vontade de continuar a viver foram destacados como aspectos de proteção. Além disso, percebe-se nas narrativas que os fatores protetores contribuíram de forma essencial, criando alternativas e instrumentos de adaptações capazes de oferecer à pessoa com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico melhores condições de vida, como manter suas atividades laborais, culturais e sociais. Isso se dá com ações de promoção da saúde que, direcionadas para uma avaliação dos fatores psicológicos, incluindo a autoestima e a automotivação do paciente, contribuem para a previsão do comportamento de saúde que se quer alcançar. Conclui-se que o método de narrativa de vida foi capaz de levantar as características individuais, as experiências vividas e os comportamentos específicos na perspectiva do paciente, ressaltando as ações promotoras da saúde que, por meio da consulta de enfermagem, foram implementadas desde o início da quimioterapia e durante todo o processo de tratamento de modo potencial e favorável para que não ocorressem intercorrências previstas. Assim, entender o modo como este processo é concebido pelos sujeitos por meio das narrativas de vida merece atenção e outros estudos.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Quimioterapia. Promoção da saúde. Autocuidado. Câncer de pulmão. Doença crônica.

ABSTRACT

CORDEIRO, Verônica dos Santos. **Nursing care for the person undergoing chemotherapy: life narratives.** 2018. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

People with cancer and their families are vulnerable to health grievances, resulting in difficulties and suffering throughout the process, from the discovery of the diagnosis to treatment, which refers to the need for attention, health promotion and follow-up throughout the entire process. From this perspective the following guiding questions emerged: What is the understanding of the patient with lung cancer, in chemotherapy treatment about their process of falling ill and being cared for? How do patients with lung cancer undergoing chemotherapy cope with their illness? To that end, the objectives are: To identify, in the life narratives of patients with lung cancer in chemotherapy, their understanding about health promotion and the process of illness and care; to discuss the coping actions of these patients and their adjustment to the new life condition. A qualitative, descriptive study, guided by the narrative of life research method, conducted at an oncology clinic in Rio de Janeiro, from February to June 2017, with 20 lung cancer patients undergoing chemotherapy. The data production technique was the interview, recorded in an MP4 device and transcribed in full. After interviews were transcribed and data organized, the analytical process employed was the thematic analysis giving rise to two categories: the stages of the illness and the nursing care; and coping with the illness and the adjustments to the new life condition. From the life narratives, it was possible to identify that the ways in which they understand the process of illness and care are directly related to the discovery of the disease, the signs and symptoms, such as cough, fatigue, including the exams and the therapy performed. In the context of coping, various feelings and reactions such as stress, depression, despondency, discouragement, anger, anxiety, irritability were identified. But religiosity, faith, family support, and the will to continue living were highlighted as aspects of protection. In addition, it can be seen in the narratives that the protective factors contributed in an essential way creating alternatives and instruments of adjustment capable of offering the chemotherapy lung cancer patient better living conditions, such as maintaining their work, cultural and social activities. This is done through actions of health promotion directed to an evaluation of the psychological factors, including patient self-esteem and self-motivation, thus contributing to the prediction of the health behavior that one wants to achieve. It is concluded that the life narrative method was able to raise individual characteristics, lived experiences and specific behaviors from the perspective of the patient, highlighting the health promoting actions, which were implemented through the nursing consultation since the onset of chemotherapy and throughout the treatment process in a potential and favorable way so that no predicted interferences occurred. Thus, understanding how this process is conceived by the subjects through life narratives which warrants attention and deserves greater study.

Keywords: Nursing care. Chemotherapy. Health promotion. Self-care. Lung cancer. Chronic disease.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Diagrama do Modelo da Promoção de Nola Pender.....	42
Figura 2 –	Disposição do Centro de Tratamento Infusional.....	49
Quadro 1 –	Perfil das pessoas com câncer de pulmão.....	56
Quadro 2 –	Historiograma dos participantes da pesquisa.....	61
Quadro 3 –	Unidades temáticas.....	66
Quadro 4 –	Recodificação das unidades temáticas.....	67
Quadro 5 –	Orçamento.....	109

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BDTD	Banco de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEA	Antígeno Carcinoembrionário
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPNPC	Câncer de pulmão de não pequenas células
CPPC	Câncer de pulmão de pequenas células
DataSus	Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FENF/Uerj	Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System</i>
MPS	Modelo da Promoção da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET -SCAN	<i>Positron Emission Tomography</i>
QT	Quimioterapia
TNM	Tumor-nódulo-metástase
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
1 REFERENCIAL TEMÁTICO.....	24
1.1 Interfaces do cuidado à pessoa em tratamento quimioterápico.....	24
1.2 Promoção da saúde para o autocuidado.....	27
1.3 Panorama do câncer.....	29
1.4 O processo de adoecimento por câncer pulmonar e o cuidado.....	31
1.5 A terapêutica oncológica da doença pulmonar.....	35
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	38
2.1 Breve história de Nola J. Pender e o Modelo de Promoção da Saúde.....	39
2.2 O Modelo de Promoção da Saúde aplicado no cuidado de enfermagem.....	43
3 METODOLOGIA.....	46
3.1 O método Narrativa de Vida.....	46
3.2 Cenário do estudo.....	48
3.3 Aspectos éticos.....	50
3.4 Participantes do estudo.....	51
3.5 Técnica de produção de dados.....	52
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	56
4.2 Historiograma dos participantes.....	61
4.3 Análise das Narrativas.....	65
4.3.1 <u>Categoria 1 – As etapas do adoecimento e cuidado de enfermagem</u>	67
4.3.2 <u>Categoria 2 - Enfrentamento do adoecer e as adaptações à nova condição de vida</u>	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	107
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.....	108
APÊNDICE C – Orçamento.....	109
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	110
ANEXO B – Termo de Ciência da Instituição.....	114

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Desde o século XX, o câncer vem ocupando o segundo lugar entre as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes, especialmente nos países em desenvolvimento. É considerado um problema mundial de saúde pública pelo destaque no perfil epidemiológico nacional e internacional, exigindo apoio e cuidado da equipe multidisciplinar em qualquer estágio da doença (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

As projeções indicam um aumento do número de mortes por câncer na América latina, de 1,3 milhões em 2012 até 2,1 milhões em 2030. Estes números refletem a necessidade de ampliar os programas para o controle das DCNT de forma que influenciem o maior número de pessoas para enfrentarmos este crescente aumento da mortalidade prematura por câncer e, desse modo, alcançarmos as metas estabelecidas no Plano de Ação Mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a prevenção e controle das DCNT de 2013–2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Para o Brasil, no biênio 2016–2017, estimou-se a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer. Com isso, cada vez mais se torna inquestionável o fato de o câncer ser um problema de saúde pública, pois o impacto na população dos países em desenvolvimento corresponde a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Do ponto de vista conceitual, o câncer é o nome usado para descrever as formas mais graves de neoplasias. A literatura descreve o câncer como um distúrbio genético caracterizado por uma proliferação celular desordenada que invade os tecidos e órgãos, podendo formar metástase quando acomete outras regiões do corpo (THOMPSON; THOMPSON, 2008). O diagnóstico desta doença muitas vezes vem acompanhado de deformidades, dor e mutilações, causando um impacto na vida da pessoa (DOROSHOW et al., 2006; LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2015).

Os tipos de câncer mais incidentes na população geral foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão), contudo, focamos nossa atenção para o câncer de pulmão, que tem um aumento de caso anual de 2% e em que 90% dos casos diagnosticados a doença se encontra em estágio avançado, dificultando o tratamento e a sobrevivência das pessoas. A associação do consumo de derivados de tabaco com a baixa

perspectiva de sobrevida torna esta doença uma das principais causas de morte evitáveis (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Nas regiões da América Latina e Caribe, segundo estimativa realizada em 2012, os tipos de câncer mais incidentes foram os de próstata (152 mil) em homens e mama (152 mil) em mulheres. Ressaltando que aproximadamente dos 530 mil casos novos de câncer estimados para os homens, o câncer de próstata foi o mais frequente (28,6%), seguido pelos cânceres de pulmão (9,8%), intestino (8,0%), estômago (6,8%) e bexiga (3,3%). Para as mulheres, dos 560 mil casos novos, foram: mama (27%), colo do útero (12,2%), intestino (7,9%), pulmão (5,7, %) e estômago (4,3%) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

No Brasil, para 2016, estimou-se 17.330 de casos novos de câncer de traqueia, brônquios e pulmões entre homens e 10.890 entre mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 17,49 casos novos a cada 100 mil homens e 10,54 para cada 100 mil mulheres. Em países desenvolvidos a magnitude de determinados tipos de câncer se assemelham com os dos países em desenvolvimento (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

No entanto, o câncer de pulmão teve um aumento de caso anual de 2% e 90% dos casos diagnosticados e na maioria das vezes, na ocasião do diagnóstico, a doença se encontra em estágio avançado, dificultando o tratamento e a sobrevida das pessoas. A sobrevida média no Brasil é de cinco anos e varia de 7 a 10% enquanto nos países desenvolvidos a sobrevida é de 13 a 23% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

O câncer de pulmão é classificado em dois principais tipos: de pequenas células (CPPC) e de não-pequenas células (CPNPC). Este último se divide em três distintos subtipos: carcinoma de grandes células, carcinoma epidermóide e o adenocarcinoma, que pode, inclusive, acometer pessoas que nunca fumaram. É de grande importância a avaliação do tipo histológico, que em conjunto com outros dados clínicos e moleculares, consiste em uma etapa fundamental para a determinação da terapêutica (SABAS et al, 2012).

Cerca de 75% dos pacientes com câncer de pulmão diagnosticados são CPNPC. Outra característica desse conjunto de distintos tipos de câncer é a sua baixa sensibilidade à quimioterapia e à radioterapia, sendo a cirurgia ou cirurgia seguida de quimioterapia, a modalidade de tratamento mais eficaz. Além disso, o CPNPC está diretamente associado ao tabagismo (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2017).

O tratamento pode ser de três formas: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, ou ainda terapias associadas. No entanto, a quimioterapia se apresenta como modalidade promissora no combate ao câncer de pulmão (NATIONAL CANCER INSTITUTE, 2017).

No caso de indicação de tratamento quimioterápico, a literatura tem demonstrado que a mesma pode provocar grande impacto negativo na vida dos pacientes devido à ocorrência de toxicidade, que ocorre pelo efeito deletério na divisão das células normais do corpo ocasionando: supressão da medula óssea, imunossupressão, náuseas e vômitos, alopecia, toxicidade renal, cardiotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, lesão gonadal e esterilidade (BONASSA; GATO, 2012).

Além disso, adoecer por câncer, gera dor, sofrimento, deterioração do ser humano, além das projeções que indicam o número de mortes e os anos de vida perdidos que deverão por conta da doença, nos remeter para o cuidado, o qual devem considerar o ser humano adoecido, as relações socioambientais e a família.

Nesses casos, a investigação epidemiológica contribui para a detecção precoce do câncer e, portanto, aumenta a possibilidade de cura para a maioria dos cânceres de modo que torna o tratamento mais viável e confiável para as pessoas acometidas por esta doença. Espera-se, com a identificação e o tratamento antecipado de doenças pré-malignas ou malignas incipientes, primeiramente, alcançar a cura e, dependendo do grau de acometimento, deseja-se o prolongamento da vida útil e a melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2016).

Diante desse contexto, a motivação para o desenvolvimento desse estudo surgiu ao me deparar na prática cotidiana, na qual percebi através das falas dos pacientes o quanto eram impactantes as dificuldades geradas em suas vidas desde a descoberta da doença como durante toda a etapa do tratamento. Outras situações mostravam diferentes momentos ao se referir sobre o descuido de pessoas leigas com o que dizem sobre a doença, a ausência do profissional, o olhar não cuidadoso, a pressa e a dificuldade em lidar com a dor do outro no cotidiano, principalmente nos momentos da procura por um acesso venoso para administração do quimioterápico.

Considerando as peculiaridades do tratamento quimioterápico, o paciente deve receber orientação antes de iniciar o tratamento para conhecer e se preparar em relação aos efeitos colaterais iniciais que podem ocorrer após a administração, bem como os efeitos tardios das drogas. O cuidado à pessoa submetida a esta modalidade de tratamento muitas vezes vai além de uma consulta tradicional, considerando que, no dia a dia do tratamento, a forma de cuidado se dá com as reorientações para a manutenção da saúde e o incentivo ao autocuidado.

A convivência com as pessoas com câncer de pulmão, tanto na consulta de enfermagem como no tratamento quimioterápico, chama atenção devido aos relatos e à forma como elas expressam o momento do adoecimento e as dificuldades com o enfrentamento da doença, o tratamento e as reações ocasionadas, alterando seu bem-estar e rotina de vida.

Nesse sentido as pessoas com câncer e seus familiares são vulneráveis aos danos e agravos a saúde o que remete a necessidade de atenção, promoção da saúde e acompanhamento ao longo de todo o tratamento. Compreende-se que por meio da promoção da saúde, o conjunto das ações possam ser úteis para as políticas públicas de saúde, planejamento de estratégias voltadas aos indivíduos e comunidades, como também, na investigação dos problemas de saúde

Desse modo, entende-se ainda que a estratégia da consulta de enfermagem é um espaço de troca, de compartilhamento de experiências, e também para realizar intervenções. Cada consulta é um momento propício de acolhimento de ações para o fortalecimento das relações interpessoais, de confiança na terapêutica proposta, assim como nas orientações e cuidados que a pessoa adoecida recebe para amenizar e evitar agravos recorrentes da toxicidade quimioterápica (NASCIMENTO et al, 2012; MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012). Além disso, constitui-se em oportunidade de realizar intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, mudança de comportamento, melhoria de bem-estar e estímulo ao autocuidado.

A esse respeito, remetemos a Teoria do Modelo de Saúde de Nola Pender voltado às pessoas com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico, a qual poderá servir de subsídio para promover a saúde, diminuir risco de adoecimento, para a responsabilização compartilhada entre a enfermagem e o paciente. Além disso, será possível entender como os pacientes conhecem sobre promoção da saúde, processo de adoecimento e cuidado, a partir das narrativas de vida e os enfrentamentos desse adoecimento.

No que concerne o *Health Promotion in Nursing*, os principais pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde, reforçam o papel ativo da pessoa nas tomadas de decisão em relação aos comportamentos a serem adotados de forma que representam a inter-relação entre os fatores cognitivos e perceptivos dos indivíduos aos fatores determinantes para a adoção de comportamentos saudáveis de promoção da saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Nessa perspectiva, a área de enfermagem oncológica tem despertado meu interesse e, por este motivo, venho procurando me qualificar para que o meu cuidado possa contribuir na transformação e autonomia das pessoas. Pode-se afirmar que a enfermagem possui

competência além de ser capaz de auxiliar e cuidar dos indivíduos, fazendo-os refletir, estimulando-os e ensinando-os a adoção de hábitos mais saudáveis.

Dando continuidade, no desenvolvimento das minhas atividades neste ambiente de trabalho, pude observar o quanto as ações do enfermeiro são fundamentais na identificação e prevenção de complicações precoces da terapêutica antineoplásica, evitando seu agravamento e consequências futuras. Sabe-se que a ocorrência de tais complicações, dependendo do grau, pode ocasionar o adiamento ou a suspensão do tratamento, o que poderia gerar dúvidas, perda da autoestima, ansiedade e desconfiança do paciente em relação ao tratamento.

Nesse sentido, observei também que o paciente, ao passar pelo processo terapêutico quimioterápico, acreditava que o tratamento seria único e, conseqüentemente, estaria curado, sendo que em alguns casos isso não acontecia. Percebia através de conversa informal durante as consultas, que o diagnóstico e tratamento não estavam claros, o que gerava repercussões na vida destas pessoas, como incertezas, alteração na dinâmica familiar, distanciamento, disfunção na estrutura da vida diária e outros inúmeros conflitos necessitando de intervenção e cuidado.

No cenário da pesquisa, com referência à primeira consulta de enfermagem realizada com o paciente, esta ocorre após agendamento no sistema de informação da clínica após liberação da prescrição dos medicamentos quimioterápicos pelo médico que o assiste. O paciente é encaminhado para agendar a consulta de enfermagem, preferencialmente, em um prazo mínimo de dois dias antes do primeiro dia do tratamento. Porém, a consulta subsequente ocorre diante do acréscimo ou substituição de medicação.

O enfermeiro responsável pela quimioterapia, e, na véspera da consulta, prepara o roteiro para cada paciente conforme a prescrição terapêutica medicamentosa, pois, o paciente que irá iniciar uma quimioterapia pela primeira vez exige muito mais atenção do que aquele que irá realizar a consulta subsequente.

No primeiro momento, o paciente, juntamente com seu acompanhante são acomodados no consultório de enfermagem, neste espaço, ocorre a consulta de enfermagem iniciando com a história de saúde, do adoecimento, história pregressa, atual e familiar. São abordados temas de acordo com as demandas, interesses e necessidades de cada paciente e familiar. Na sequência, inclui o levantamento de alergias, risco de queda e também o medicamento de uso regular que será acompanhado pelo serviço de farmacovigilância.

As comorbidades como a diabetes e a hipertensão, por exemplo, quando presentes, precisam estar controladas para que o tratamento não seja suspenso, mas, para isso, é preciso

reforçar os cuidados com a alimentação e o uso contínuo das medicações de acordo com a prescrição e, dessa forma, realizar um tratamento sem intercorrência.

Dentro dos temas abordados na consulta de enfermagem, estão as orientações quanto ao protocolo proposto como tipo de medicamento, possíveis reações, tempo estimado por dia de tratamento, alimentação, ingestão de líquido, entre outras, pois cada paciente oncológico tem sua especificidade relacionada à doença de base, o que demanda cuidados específicos.

Cabe também ao enfermeiro orientar este paciente quanto à existência de preparos que ele talvez tenha que realizar antes, durante ou depois da quimioterapia, por conta do potencial de determinada medicação para causar reação medicamentosa é muito alto. A falta do preparo também pode levar ao adiamento do tratamento e gerar desconforto para o paciente, sendo de extrema valia que o enfermeiro atente para este cuidado e conscientize o paciente para o autocuidado.

No que concerne à avaliação da rede venosa, esta ocorre durante todos os momentos do tratamento, contudo, na consulta avalia-se a rede venosa para o acesso e quando a pessoa está apta para iniciar a quimioterapia, segue com as informações sobre o procedimento de punção venosa, característica e potencial das medicações para causar flebite e as orientações impressas para o autocuidado antes e depois do tratamento.

Desse modo, o gerenciamento do cuidado está focado nas necessidades para a preservação da saúde do paciente e a integração do serviço. Com isso, o planejamento se caracteriza como a primeira etapa de qualquer atividade assistencial do enfermeiro, o que implica estabelecer os objetivos do cuidado, analisar as consequências que poderão advir de diferentes atuações e desenvolver estratégias adequadas à execução da terapêutica proposta (SILVA; CRUZ, 2014).

É consensual afirmar que ao dar voz às pessoas para que elas se expressem sobre o seu adoecimento e tudo que envolve a promoção da saúde as questões de como se cuidarem, ouvindo suas narrativas de vida, será possível ajudá-las no enfrentamento durante todo o processo do adoecimento e tratamento.

Aproximação da temática

Ao apresentar a minha trajetória profissional, é preciso falar sobre um percurso atravessado por reflexões, afetos, trocas, idas e vindas e algumas transformações. Desse

modo, o interesse por esta temática surgiu ainda no curso de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), onde tive a oportunidade de vivenciar o atendimento de pessoas no processo de adoecimento por câncer, participando diretamente do cuidado oferecido a elas.

Neste mesmo período, atuava como bolsista de incentivo à graduação pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), no Projeto Cuidando e Promovendo Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis, com o objetivo de ensinar alunos sobre o cuidar de si e prevenir-se dos agravos à saúde buscando a qualidade de vida através do cuidado–educação. Desta experiência, identifiquei os fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT e desenvolvi ações de promoção da saúde.

Naquela oportunidade, realizei também consultas de enfermagem de modo que foi possível identificar e acompanhar as fases do processo do adoecimento crônico. Sabe-se que os agravos à saúde pelas DCNT, incluindo o câncer, acometem cada vez mais pessoas de diferentes classes sociais, sexo e etnias.

Depois de formada, como enfermeira, iniciei o curso de Pós-Graduação em Enfermagem nos Moldes de Residência em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Neste curso, foram desenvolvidos estudos de caso e pesquisas, e participei de reuniões de grupo de pesquisa sobre a assistência ao paciente oncológico. A parte prática foi desenvolvida no Hospital Federal da Lagoa, o qual é classificado como hospital geral credenciado pelos gestores locais e habilitado pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

Durante este período, atuei no ambulatório de quimioterapia, realizando consultas de enfermagem e tratamento quimioterápico infusional, e, também, nas enfermarias de clínica médica, onde observei que mais de 50% de seus leitos eram ocupados por pacientes com algum tipo de câncer.

Desse modo, apesar de o hospital ser uma UNACON, ainda eram observadas algumas dificuldades durante o cuidado com o paciente oncológico por parte dos enfermeiros. Desse modo, com o intuito de procurar subsídios para a prática, surgiu a possibilidade de realizar o trabalho de conclusão da Residência de Enfermagem, intitulado “Ações dos enfermeiros no cuidado ao paciente internado em tratamento quimioterápico”, cujos objetivos foram identificar e discutir as ações de cuidado realizadas por enfermeiros ao paciente internado em tratamento quimioterápico, embasadas nos protocolos do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Concomitante às atividades de enfermeira residente, senti-me motivada a ingressar no curso de Pós-graduação *Lato Sensu* de Enfermagem em Oncologia Clínica da Universidade Veiga de Almeida. Assim, acreditando na contribuição e construção de saberes ligados às linhas da saúde do homem e relacionados com a oncologia, desenvolvi um estudo para o trabalho de conclusão da especialização, de revisão bibliográfica com metanálise, intitulado “Análise de fatores condicionantes da incidência de câncer na população masculina”. O objetivo deste estudo foi analisar os índices de morbimortalidade do câncer no homem e os fatores condicionantes que interferem nestes índices mais prevalentes no homem.

Após a residência, iniciei minhas atividades como enfermeira oncologista em uma Clínica de Oncologia privada, situada na cidade de Rio de Janeiro, onde atuo até o presente momento. A preocupação com as pessoas adoecidas aumentou o meu interesse em desenvolver este estudo.

Partindo destas considerações acima, destacam-se as seguintes questões norteadoras: Qual o entendimento do paciente com câncer de pulmão, em tratamento quimioterápico sobre o seu processo de adoecimento e cuidado? De que maneira os pacientes com câncer de pulmão, em tratamento quimioterápico enfrentam o adoecimento?

Considerando as questões acima, define-se como objeto de estudo: o cuidado de enfermagem na perspectiva do paciente com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico.

Diante disso, formularam-se os seguintes objetivos:

- a) Identificar nas narrativas de vida dos pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico o entendimento sobre promoção da saúde, processo de adoecimento e cuidado;
- b) Discutir os modos de enfrentamento do adoecimento referidos pelos pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico e as adequações ao novo modo de vida

Justificativa e Relevância do estudo

Este estudo justifica-se porque, a cada ano, ocorre um aumento significativo de pessoas acometidas pelo câncer. O desconhecimento do processo saúde-adoecimento está relacionado como uma das possibilidades desse aumento, bem como a sua relação com a deficiência de autocuidado da população, associado às questões genéticas, aos hábitos e

estilos de vida pouco saudáveis, adotados pelas pessoas e às mudanças ambientais em todos os continentes.

Além disso, propõe reconhecer, a partir das narrativas de vida dos pacientes com câncer de pulmão, o entendimento sobre o processo de promoção da saúde, de adoecimento e cuidado.

Trata-se de uma temática atual, de prioridade na Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde, no que diz respeito às DCNT e à promoção de saúde às pessoas adoecidas por câncer. Portanto, é uma proposta relevante do ponto de vista científico e social, para a área da saúde e enfermagem evidenciando o trabalho da enfermeira, dinamizadora das ações de saúde e da construção do conhecimento científico.

Outro fator relevante para o estudo é a consulta de enfermagem que atente a uma Diretriz da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, avaliando a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizando atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos pacientes. Por este meio, o enfermeiro pode desenvolver uma assistência individualizada, humanizada e pautada no encorajamento das pessoas para o enfrentamento da doença.

Este estudo também é relevante para a sociedade de modo geral, bem como para a academia, uma vez que, ao realizar o levantamento bibliográfico, averigua-se o estado da arte acerca do tema e explora-se como este tema vem sendo discutido na literatura de enfermagem.

Nesse sentido, realizou-se uma busca nas bases de dados acerca da repercussão do cuidado de enfermagem à pessoa em tratamento quimioterápico. Foi acessada a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) nas seguintes bases: Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Realizada também uma busca no Portal Capes na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System* (MEDLINE) e também o levantamento no Banco de teses e dissertações da Capes (BDTD).

A busca bibliográfica nas bases de dados ocorreu no período de março a outubro de 2016. Foram utilizados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “cuidados de enfermagem”, “enfermagem oncológica”, “quimioterapia”, “promoção da saúde” e “autocuidado”.

Para a pré-seleção em todas as bases de dados, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos completos, disponíveis on-line, em periódicos qualificados, nos idiomas português, inglês e espanhol, dos últimos cinco anos (2011–2015).

A busca nas bases de dados citadas acima ocorreu realizando-se a combinação dos seguintes descritores: “cuidados de enfermagem” AND “enfermagem oncológica” AND “quimioterapia” AND “promoção da saúde” AND “autocuidado”; “cuidados de enfermagem” AND “promoção da saúde” AND “autocuidado” e “cuidados de enfermagem” AND “quimioterapia” AND “autocuidado”. Sendo assim, para estas combinações, obtivemos a seguinte resposta: Não foram encontrados documentos para sua pesquisa.

Em seguida, foi realizada nova busca com a seguinte combinação dos descritores: “cuidados de enfermagem” AND “enfermagem oncológica” AND “quimioterapia”, sendo encontrados 14 estudos na BDEF, 23 estudos na LILACS, 128 na MEDLINE, totalizando 165 artigos.

Desse modo, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos, na qual se observou que 33 estudos eram duplicados e 104 não expressavam o cuidado ao paciente com câncer em tratamento quimioterápico. Nesse caso, restaram 28 artigos selecionados para leitura na íntegra, porém em apenas oito destes se constatou a pertinência ao tema. A seguir, apresentamos uma síntese dos resultados.

Simão *et al.* (2012) realizaram um estudo de revisão integrativa objetivando analisar os principais métodos utilizados para monitorização da toxicidade do sistema nervoso, apresentada como neuropatia periférica induzida por quimioterapia, e discutir alguns pontos relevantes para a atuação do enfermeiro. Os resultados apontaram que os instrumentos apresentados na literatura recente não foram projetados para avaliar a ocorrência da dor neuropática devido à neuropatia periférica induzida por quimioterapia.

Grisales-Naranjo e Arias-Valencia (2013) realizaram estudo em Medellín, Colômbia, cujo objetivo foi conhecer as necessidades de cuidado humanizado dos pacientes submetidos à quimioterapia. Evidenciou a necessidade de cuidado humanizado pelos pacientes com câncer que eram submetidos à quimioterapia. Ressaltou ainda as necessidades emocionais, espirituais, sociais e afetivas como consequência do impacto da notícia do diagnóstico e as mudanças físicas notórias enfrentadas por estes pacientes. Deu destaque também para a categoria de desumanização do cuidado associada à informação do diagnóstico e à comunicação dos profissionais com os pacientes.

No estudo realizado por Guimarães *et al.* (2015), com o objetivo de descrever as ações de enfermagem frente às reações a quimioterápicos em pacientes oncológicos, enfatizou as frequentes reações adversas inerentes ao tratamento quimioterápico, manifestadas pelos pacientes. Os resultados apontam que a náusea e o vômito foram as principais reações da quimioterapia descritas. Com isso, torna-se de grande valia a atuação do enfermeiro na

identificação oportuna destas toxicidades para desenvolver orientação antes e durante o tratamento a fim de melhorar o estado geral do paciente, fornecendo segurança no tratamento proposto.

Cruz, Ferreira e Reis (2014) realizaram um estudo no hospital de Brasília, com abordagem qualitativa, objetivando conhecer a opinião dos pacientes acerca do acompanhamento telefônico semanal oferecido pela equipe de enfermagem, no qual participaram 22 pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica, e que apontou como resultado mais relevante a percepção sobre a consulta de enfermagem: quando realizadas as devidas informações e orientações, os pacientes puderam adquirir habilidades para o autocuidado e domínio sobre os incômodos e transtornos do tratamento.

Em outro estudo, Justino et al. (2014) desenvolveram uma pesquisa qualitativa no Paraná, a qual buscou descrever a trajetória de pessoas com câncer desde o diagnóstico até o término da quimioterapia. Teve como resultado três categorias: revelação, adaptação e vivência da cura. Nestas, identificou o abandono de hábitos de vida que configuravam riscos para o adoecimento e a preocupação com a família diante da descoberta da doença. Contudo, foram necessárias adaptações para enfrentar as dificuldades do tratamento no dia a dia. Porém, ao concluir as etapas do tratamento, muitos pacientes sentiram-se bem para retornar às suas atividades, principalmente, a profissional, sendo esta correlacionada à sensação de autonomia.

Segundo Lima et al. (2014) realizaram uma pesquisa com o intuito de compreender a percepção da equipe de enfermagem de uma unidade da quimioterapia sobre o cuidado da pessoa com câncer em um hospital no município de Vitória, Espírito Santo, na qual participaram oito profissionais de enfermagem. A partir deste estudo, ressalta-se o estabelecimento das relações entre profissionais e pacientes com câncer de modo a permitir que o atendimento prestado pela enfermagem se fortaleça através da compreensão da individualidade de cada paciente e da valorização da pessoa humana, contribuindo com o processo de humanização do atendimento.

Soares, Almeida e Gozzo (2012) abordaram os aspectos relacionados à quimioterapia e aos cuidados com a rede venosa em 21 mulheres, que resultou na importância do enfermeiro em instruir o paciente a relatar imediatamente qualquer anormalidade, como dor, queimação, formigamento ou prurido durante o tratamento quimioterápico, bem como usar compressa de chá de camomila nos cuidados domiciliares.

Dolina, Bellato e Araújo (2013) utilizaram o método de história de vida para enfatizar a necessidade de os profissionais da saúde tomarem para si a responsabilização por um modo

de cuidado que não vise somente à cura, mas que tenha como foco a dimensão humana com o objetivo de prover o bem-estar e a manutenção da vida.

No Portal Capes, na BDTD, a busca foi por estudos utilizando as seguintes combinações de descritores: “cuidado de enfermagem” AND “enfermagem oncológica” AND “quimioterapia” AND “promoção da saúde” AND “autocuidado” ou “cuidados de enfermagem” AND “promoção da saúde” AND “autocuidado”, porém não foram encontrados documentos para esta pesquisa.

Nova busca foi realizada com a seguinte combinação dos descritores: “cuidados de enfermagem” AND “quimioterapia” AND “autocuidado”, sendo encontradas 13 dissertações de mestrado que atendiam inicialmente aos critérios de inclusão, porém apenas três contemplavam o tema proposto para este estudo, conforme apresentamos a seguir.

Oliveira (2015), em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia em Maceió, concluiu que é possível aplicar na oncologia a promoção da saúde da teórica Nola Pender através da consulta de enfermagem individualizada, utilizando-a como ferramenta para promoção e proteção dos indivíduos vulneráveis às neoplasias.

Em outro estudo, realizado por Lôbo (2013) com o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, destacou-se uma qualidade de vida razoável por parte das pacientes, sendo a questão emocional a mais afetada. Os sintomas como insônia, fadiga e perda do apetite foram os mais relatados pelas pacientes.

O trabalho realizado por Oliveira (2013) elaborou e validou um instrumento de consulta de enfermagem para as mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, baseado nas necessidades destas mulheres. Evidenciou que o instrumento elaborado contemplou a mulher com câncer de mama na perspectiva dos problemas de saúde e o manejo adequado a cada situação específica, contribuindo para o enfrentamento da doença e a reabilitação dos aspectos humanos.

Entre os estudos achados, observou-se que poucos trataram diretamente do cuidado de enfermagem à pessoa com câncer em tratamento quimioterápico. Nesta direção, a deficiência de estudos sobre a temática lança luz sobre o aspecto do cuidado de enfermagem às pessoas com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico, atrelado à promoção da saúde, utilizando a narrativa de vida como proposta metodológica.

Contribuições

Este estudo contribuirá para o ensino no que tange ao enriquecimento de discussões na graduação, pós-graduação *scripto e lato sensu*, assim como na área da oncologia.

Visa a corroborar o desenvolvimento de futuras pesquisas com pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, propiciando aos estudantes maior conhecimento nesta área e, conseqüentemente, uma reflexão positiva sobre o cuidado na perspectiva da promoção da saúde.

À luz da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (2013), que reconhece o câncer como doença crônica, pretende-se contribuir para o desenvolvimento de pesquisa e ensino, e para a enfermagem oncológica, de modo que atenda aos objetivos desta política que visa a aumentar a produção de conhecimento nacional relacionado à área da oncologia. Todavia, a implementação da rede de pesquisa para a prevenção e o controle do câncer deve estar relacionada aos índices de morbidade e dos fatores de risco.

Além disso, este estudo pretende contribuir para a difusão de informação e a possibilidade de conhecimento sobre o cuidado de enfermagem vinculado à promoção da saúde com a inserção do autocuidado, que deve ser oferecido de forma oportuna ao paciente oncológico em tratamento quimioterápico.

Pretende-se ainda contribuir com as discussões sobre a temática no sentido de fortalecer a linha de pesquisa do Mestrado em Enfermagem da FENF/UERJ, intitulada “Fundamentos filosóficos, teóricos e tecnológicos do cuidar em saúde e enfermagem”.

Visa também a ampliar as discussões sobre o cuidado em situações crônicas em conjunto com o grupo de pesquisa Rede Participativa de Cuidado, Interdisciplinaridade e Promoção da Saúde na Cronicidade, certificado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), favorecendo o diálogo com outros estudos, entre os projetos de extensão e de iniciação científica em andamento.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 Interfaces do cuidado à pessoa em tratamento quimioterápico

A palavra cuidar é originado do latim *cogitare*, “pensar”, “cogitar”. Significa, entre outras atitudes, dedicar “atenção, cautela, precaução” (BOFF, 2012). Compreendemos o cuidado como um processo, um conjunto de ações entre duas pessoas, envolvendo confiança mútua, respeito, humildade, honestidade, paciência, esperança, coragem, em que ambos se ajudam, proporcionando conhecimento e mudança de comportamento (MAYEROFF, 1990).

Para tanto, como se observa, a área oncológica requer um cuidado multidisciplinar e para que o tratamento e acompanhamento dos pacientes tenha sucesso é preciso que o trabalho seja desenvolvido em equipe com o envolvimento de diversos profissionais da área da saúde.

No entanto, na área da enfermagem, é o enfermeiro oncológico que oferece cuidado ao paciente em todas as fases do tratamento, desde o diagnóstico da doença, passando pelas várias fases do tratamento como a cirurgia, a radioterapia, e o tratamento medicamentoso e quimioterapia. Nesse caso, é necessário que os enfermeiros tenham formação de especialista na área e estejam sempre se atualizando.

É necessário a atualização do enfermeiro considerando as inovações tecnológicas e os protocolos medicamentosos, que surgem de tempos em tempos, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes. De modo que a ação efetiva do enfermeiro vai além da gestão do cuidado administrativo para liberação e agendamento dos procedimentos de tratamento, apontando para o avanço na direção de um cuidado mais abrangente, educativo e de orientação tanto para o paciente quanto aos familiares, considerando os aspectos sócio econômico cultural no sentido do autocuidado e preservação da autonomia dos mesmos.

No cuidado de enfermagem se inserem os comportamentos e atitudes demonstradas nas ações que lhe são pertinentes e asseguradas por lei e o compromisso de desenvolver com competência no sentido de promover as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (WALDOW, 2012).

Paulatinamente, a pessoa que cuida de um paciente com câncer conquista a sua confiança para o aceite do cuidado. Porém, devemos considerar os significados diversos, valores, crenças e atitudes que demandam intervenções apropriadas e individualizadas a estes

pacientes, tendo em vista que o cuidado é ação primordial do enfermeiro. Espera-se que a ação ocorra de modo interativo entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, com envolvimento e comprometimento (WALDOW, 2015).

A competência dos enfermeiros em relação aos cuidados de enfermagem contempla um conjunto de capacidades cognitivas e socioafetivas, de saberes teóricos, organizacionais e de procedimentos, aplicado aos cuidados com a pessoa (THEOBALT, 2015). Ressaltando as necessidades individuais dos pacientes que se encontram em tratamento com quimioterápico, com a possibilidade de ocorrência de efeitos indesejáveis durante e após as medicações, torna-se essencial que o cuidado ao paciente e família seja integral, no sentido de obter melhor resultado do seu estado geral.

A compreensão do processo de cuidado ligado às pessoas que realizam quimioterapia remete às várias dimensões humana, física, emocional, mental, afetiva e expressiva, as quais podem ser observadas na relação de cuidado entre quem oferece e aquele que recebe o cuidado; e têm ligação direta com o ambiente onde acontecem as ações do cuidado (GRISALES-NARANJO; ARIAS-VALENCIA, 2013).

Tão importante quanto a compreensão das dimensões humanas é a segurança dos pacientes, tanto na administração dos medicamentos quimioterápicos, averiguando minuciosamente cada etapa como a prescrição, verificando o nome do paciente no medicamento a ser administrado, como na quantidade da droga em mg/ml/min., integridade dos frascos e/ou seringas que contêm a droga, entre outros (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2008; BONASSA; GATO 2012).

Nesse sentido, o conhecimento do enfermeiro e a expertise no manuseio das drogas podem ser determinantes para o sucesso e continuidade do tratamento, além da atenção quanto à prevenção dos efeitos colaterais e controle dos sintomas indesejados.

Tendo em vista que o câncer é diferenciado das demais enfermidades crônicas e isso é determinante para a enfermagem, por ser um profissional de referência para os cuidados, promovendo conforto e bem-estar, o enfermeiro, assim como outros profissionais da saúde precisam conhecer a história natural do câncer para direcionar suas ações de forma apropriada desde a prevenção, tratamento e reabilitação.

Cabe ressaltar que os profissionais devem conhecer o funcionamento básico das substâncias a serem administradas a fim de identificar reações anômalas e indesejáveis como alergias, hipotensão e anafilaxia, e receber treinamento especializado para tal procedimento no intuito de evitar erro e agravos a si mesmo e ao paciente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

Todavia, a avaliação do acesso venoso é de extrema valia, considerando que muitos quimioterápicos podem causar graves lesões. Logo, é necessário observar o retorno venoso para prevenção de extravasamento, pois grande parte das drogas é vesicante ou irritante (BONASSA; GATO, 2012).

A percepção do enfermeiro durante a ação do cuidado exige conhecimento de toda a complexidade do universo terapêutico, principalmente nas dimensões técnico-científicas, interativas e assistenciais. Inclui ainda a história de vida e de saúde do paciente, hábitos e o que mais o enfermeiro entender como válido para influenciar o cuidado com base em conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade (WALDOW, 2015).

Nesse sentido, o processo de cuidar é entendido como o modo em que se dá o cuidado. Sendo um processo interativo que ocorre entre o enfermeiro e o ser cuidado, no qual o primeiro tem um papel ativo, pois incorpora ações acompanhadas de comportamentos de cuidar. Já o segundo, o ser cuidado, o paciente, tem um papel mais passivo e, em função de sua situação, pode mudar para um papel menos passivo e com isso contribuir e ser responsável pelo autocuidado (WALDOW, 2015).

Entende-se que a partir do conhecimento do papel de suas ações, o enfermeiro amplia as oportunidades de assistências relacionando a teoria com a prática, interagindo de modo ímpar com cada pessoa e entendendo as suas limitações, predisposições e os seus modos de viver que as deixavam a cada dia mais expostas aos agravos.

Nesse contexto, a enfermagem, também responsável pela vida, promoção de bem-estar e saúde, precisa desenvolver medidas de prevenção e de autocuidado junto aos pacientes a fim de envolvê-los durante todo o processo de cuidado, ajudá-los a se reconhecerem pessoas responsáveis pelas mudanças em suas próprias vidas, participantes ativas de todo o processo, reelaborando seu modo de viver e os hábitos de vida no sentido de se manterem saudáveis, com autonomia para gerenciar a sua saúde (GRISALES-NARANJO; ARIAS-VALENCIA, 2013).

Sem dúvida, o que diferencia o cuidar é como se faz; sendo o cuidado realizado com gentileza, com respeito, com consideração, visto que esta ação irá repercutir na vida do paciente, somando-se à sua história de vida. Além disso, há intenção de promover o bem-estar do paciente, de mantê-lo seguro e confortável, oferecendo apoio, minimizando os riscos e reduzindo a sua vulnerabilidade (WALDOW, 2008).

Para a prática efetiva da promoção da saúde com os pacientes em tratamento quimioterápico, faz-se necessário partir de planos individuais como alvo de intervenções que

não se limitem a informações; e que ocorram em um espaço onde os enfermeiros atuem como mediadores das necessidades de saúde destes pacientes com o fim de contribuir para o empoderamento destes indivíduos de assumirem comportamentos em direção à sua própria saúde (OLIVEIRA, 2015).

Desta forma, a consulta de enfermagem torna-se a principal ferramenta para a implementação deste cuidado dentro da perspectiva da promoção da saúde. É no momento da consulta que o enfermeiro identifica as necessidades individuais de cada pessoa, atreladas às especificidades do tratamento quimioterápico proposto e, desse modo, inicia-se a construção de novos saberes e novos comportamentos junto ao indivíduo adoecido.

1.2 Promoção da saúde para o autocuidado

O termo promoção da saúde foi ressignificado ao longo do tempo, passando a representar, mais recentemente, um processo de saúde-doença-cuidado. Contudo, com mais de vinte anos de existência da Carta de Ottawa, em 1986, sendo um dos documentos fundadores do movimento atual da promoção da saúde, este termo está associado inicialmente a um conjunto de valores como vida, saúde, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

As ações de promoção da saúde incluem o autocuidado como o modo que as pessoas adotam decisões sobre sua saúde, sendo este um comportamento individual que podem ser combinadas por meio de experiências cognitivas, crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida e a cultura a que pertence, além disso é necessário a participação ativa, envolvimento dos sujeitos, comprometimento e motivação para as mudanças necessárias.

Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é um meio de articulação na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da pessoa em risco, visando à instituição de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e incorporem a participação do indivíduo (BRASIL, 2010).

Para Czeresnia e Freitas (2009), a promoção da saúde consiste nas ações voltadas à transformação dos comportamentos das pessoas com atenção para seus estilos de vida, seio familiar, ambiente e cultura de que fazem parte. Desta forma, as atividades promotoras da saúde devem se concentrar em elementos educativos relacionados com riscos

comportamentais sob o controle da própria pessoa como, por exemplo, o hábito de fumar, a alimentação e as atividades físicas.

Após amplas discussões sobre as atividades de promoção da saúde, este termo passou a ser utilizado por vários profissionais de saúde, sendo cada vez mais crescente a participação dos enfermeiros em atividades que conferiram um grau limitado no planejamento, execução e avaliação destas ações (BRASIL, 2010).

Sob esta ótica, a utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pôde facilitar a compreensão dos fatores problematizados, orientando as soluções que respondessem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. A partir disso, a contribuição para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, possibilita maiores chances no alcance dos objetivos propostos (OLIVEIRA, 2016).

Nesta direção, para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, podemos citar o Modelo de Promoção da Saúde de Pender, para utilização como uma prática mais informada e ampliada que abrange condutas referentes a comportamentos, sendo que um dos principais papéis do enfermeiro é o estímulo ao autocuidado (PETIPRIN, 2016).

No que concerne ao autocuidado, está relacionado às intervenções e estratégias de enfermagem, sendo necessário dialogar com as pessoas para o compromisso e corresponsabilizá-las quanto à qualidade de vida e à ampliação da autonomia (BRASIL, 2010).

Cabe destacar que a promoção da saúde neste estudo se refere ao fortalecimento da pessoa com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico, a fim de aumentar sua capacidade individual e coletiva para manejar os múltiplos condicionantes de saúde que se lhes apresentem ao longo das sessões de quimioterapia.

Na prática do cuidado, é preciso incorporar e implementar ações promotoras da saúde de modo que sejam incorporados os processos de integração entre enfermeiro e paciente, favorecendo a preservação e a oferta de ambientes mais seguros e saudáveis juntamente com a prevenção de fatores determinantes ou condicionantes de doenças e agravos à saúde (BRASIL, 2010).

Frente a essa questão, a autonomia e o empoderamento das pessoas fortalecidas pela qualidade de saúde e apoiadas no sentimento positivo, são articulados durante a consulta de enfermagem, que é vista como ação singular para estabelecer vínculos e orientar a promoção da saúde (OLIVEIRA, 2016).

Sendo assim, imbuídos de que a promoção da saúde está atrelada ao autocuidado, podemos afirmar a importância de acolher as pessoas, de se estabelecer uma relação de

confiança entre o profissional e o paciente para que possam expressar suas emoções e sentimentos, dirimir dúvida, oferecendo segurança, carinho e conforto.

1.3 Panorama do câncer

A palavra câncer tem a sua etimologia originária do latim *cancer*, que remete ao grego *karkinos*, que significa caranguejo. Por volta de 400 a.C., na Grécia, Hipócrates, o pai da medicina, foi o primeiro a utilizar a palavra “carcinoma”, definindo o câncer como uma patologia de mau prognóstico. Conforme Galeno, um famoso médico romano, o nome “câncer” foi dado à doença porque as veias intumescidas que circundam a parte afetada tinham a aparência das patas de um caranguejo (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

Tradicionalmente, o câncer está associado à ideia de sofrimento, dor e posteriormente morte, fato este que amedronta as pessoas e seus familiares durante todo o momento que vivenciam a doença. Os dados epidemiológicos do câncer nos remetem ao cenário crítico que a cada ano mais pessoas são acometidas. Diante disso, os relatos de experiências destas pessoas fomentam o processo do cuidar e do planejamento para assistência de enfermagem.

O câncer é responsável por aproximadamente 16% de todas as causas de mortes no mundo. São mais de oito milhões de pessoas que falecem, anualmente, devido a complicações da doença. Cerca de 70% das mortes ocorrem nos países de média ou baixa renda. Com estes dados alarmantes, torna-se indubitável a instituição de políticas nacionais, contudo, somente um em cada cinco países de baixa renda dispõe de dados necessários para impulsionar as políticas de luta contra o câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Evidencia-se que as maiores taxas de prevalência de câncer são encontradas em países desenvolvidos e cerca de 60% dos casos novos são encontrados em países em desenvolvimento. Em relação às taxas de mortalidade, a situação agrava-se quando se constata que, dos 8 milhões de óbitos previstos, 70% ocorreram nestes mesmos países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

No Brasil, as pesquisas e a vigilância de câncer baseiam-se nos Registros de Câncer de Base Populacional, que fornecem informações sobre o impacto do câncer nas regiões, configurando-se uma condição necessária para o planejamento e a avaliação das ações de prevenção e controle de câncer. Assim, com os registros hospitalares, o Sistema de

Informação sobre Mortalidade e o Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), atuando de modo conjunto, tornam possível traçar o perfil da situação desta enfermidade no país (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

O perfil epidemiológico do câncer no Brasil retrata o câncer de pulmão, fígado, estômago, colorretal e próstata como os cinco tipos que mais acometeram a população masculina, respectivamente; enquanto que, nas mulheres, os tipos de câncer que causam maior número de mortes são: mama, pulmão, colorretal, cervicouterino e estômago, respectivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Entre tantos fatores que corroboram o processo de oncogênese, as modificações globais como urbanização, mudança no estilo de vida e padrões de consumo da população mundial ganharam destaque nos últimos tempos. Somado a isto, o número de casos de câncer no Brasil cresce proporcionalmente ao envelhecimento populacional, o qual é bem expressivo (BRASIL, 2016).

Diante de uma mutação genética no DNA das células sãs, ocorre o surgimento do câncer. Esta mutação pode ser de duas formas: espontânea ou provocada pela ação dos agentes carcinogênicos, que podem ser biológicos, químicos ou físicos, passando as células a receberem orientações erradas para as suas atividades e, conseqüentemente, se desenvolverem desordenadamente, invadindo órgãos e tecidos através da oncogênese (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2008; BONASSA; GATO, 2012).

Os fatores de crescimento e os hormônios, presumidamente, estimulam as células normais a se dividirem, o que chamamos de mitose. Estes fatores se ligam a receptores específicos de superfície celular e, com isso, o mecanismo de controle do crescimento celular parece depender de fatores estimulantes e inibidores que, devidamente, encontram-se em equilíbrio até o surgimento de um estímulo de crescimento efetivo, sem ativação do mecanismo inibidor. Desse modo, podemos ter os casos por mutação ou ativação anormal de genes celulares que controlam o crescimento e a mitose celular (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2008).

Em certas ocasiões, ocorre um rompimento dos mecanismos reguladores da multiplicação celular e, sem necessidade, uma célula continua a proliferar indevidamente. Desta forma, as células descendentes com características de crescimento e divisão anômalas, que não respondem aos mecanismos reguladores normais do organismo, dão início à formação de células que denominamos de um tumor ou neoplasia (GUYTON; HALL, 2011).

Considera-se que apenas uma fração diminuta das células do corpo que sofreram mutações leva ao câncer. Isso por que a maioria das células mutantes tem menor capacidade de sobrevivência que as células normais resultando a morte. Essa pequena fração de células mutantes que sobreviveram perdem os controles normais de feedback que impedem o crescimento excessivo (GUYTON; HALL, 2011).

O crescimento celular se comporta de diferentes formas no organismo humano, havendo a forma controlada e a não controlada. Como exemplos de forma controlada, citam-se a hiperplasia, a metaplasia e a displasia, enquanto que, como exemplos de crescimento celular não controlado, pode-se citar a neoplasia (BRASIL, 2016).

Entretanto, o prognóstico de um indivíduo com câncer, além das condições inerentes a si mesmo, depende fundamentalmente do diagnóstico precoce, do planejamento terapêutico correto e cuidadoso que lhe é prestado, a fim de contribuir para a obtenção de bons resultados (BRASIL, 2016).

No cerne do cuidado de enfermagem na perspectiva da pessoa com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico sugerimos aplicação do Modelo de Promoção da Saúde, prevenindo os fatores de riscos e vulnerabilidades as quais as pessoas encontram-se expostas e potencializando a gerenciar o autocuidado e a se responsabilizar pela sua saúde.

1.4 O processo de adoecimento por câncer pulmonar e o cuidado

O adoecimento por câncer tem avançado ao longo dos anos e os métodos para detecção precoce e rastreamento dos agentes cancerígenos estão cada vez mais modernos. Desta forma, a aplicação da ciência e da tecnologia influem significativamente no cuidar em saúde, tanto no auxílio do tratamento quanto na reabilitação e atenção aos familiares (LUZ et al., 2016).

O impacto do câncer para a população em geral, com o passar dos anos, evidenciou o câncer de pulmão como sendo o segundo mais frequente em homens e o quarto em mulheres. Estimou-se, para 2016, aproximadamente dois mil novos casos deste câncer somente na região Nordeste do Brasil (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Sabe-se que o fator de risco mais importante para o câncer de pulmão, e também outros tipos de câncer, é o tabagismo. Recorda-se que em 1912 havia apenas 374 casos de

câncer de pulmão relatados na literatura. Após a primeira Guerra Mundial, na década de 1920, o tabagismo se disseminou, observando-se então uma modificação do comportamento da doença, com crescimento progressivo do número de casos relatados (FONSECA; RÊGO, 2013).

Na perspectiva do adoecimento, o enfermeiro como promotor da saúde contribui com os pacientes para o enfrentamento das diversidades, auxiliando-o com otimismo o longo processo de tratamento e todos os inconvenientes causados, apoiando a família no sentido de ajuda-lo na adesão e acompanhamento assegurando qualidade de vida.

Devido a estas mudanças, em 1927, pela primeira vez, sugeriram uma relação entre o tabagismo e o aparecimento do câncer de pulmão, mas somente em 1950 Richard Doll e Austin Hill publicaram um trabalho no *British Medical Journal* confirmando a relação da carga tabágica inalada com o desenvolvimento deste tipo de câncer (FONSECA; RÊGO, 2013).

Com a mudança do perfil epidemiológico do câncer de pulmão, o que era tido como uma doença rara até o início do século XX passou a ser visto como o tipo de câncer mais comum e mortal do mundo. Estudos afirmam que as pessoas com hábito de fumar têm até 30 vezes mais risco de serem diagnosticadas com câncer de pulmão do que as pessoas que nunca fumaram (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Conforme a Política Nacional de Controle do Tabaco (2014), o Brasil já implementou grande parte das medidas para redução do tabaco como, por exemplo, a diminuição do tamanho das embalagens de cigarro; quanto à distribuição, intensificou a restrição de vendas a menores e, quanto ao consumo, segue com a proibição de fumar em locais públicos, bares e locais de trabalho.

Estudos já mostram uma significativa redução do tabagismo e das mortes por doenças do tabaco relacionadas, como as cardiovasculares, as respiratórias crônicas e o câncer de pulmão. Isto confirma que ações em nível macro das políticas detêm maior impacto sobre o controle do tabagismo do que em nível individual (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

A OMS estipulou intervenções para se atingir a meta Mundo Livre do Tabaco nas próximas décadas. Para isso, é preciso concretizar as políticas de preços, as quais almejam o aumento de taxas e impostos que incidem sobre o custo do tabaco para o consumidor (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

Outro fator também discutido se refere ao sistema de informação e comunicação, pois acredita-se que impor limites à publicidade e à promoção do tabaco, à exposição de produtos e ao marketing, e instituir rotulagem obrigatória, farão com que diminua o quantitativo de consumidores (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

O câncer de pulmão se refere a neoplasias que se originam no parênquima pulmonar ou nas vias aéreas, a partir dos brônquios principais. Conforme estudo histológico, o câncer de pulmão é classificado em dois tipos principais: câncer de pulmão de pequenas células (CPPC) e câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) (IBIAPINA, 2012).

O CPNPC se divide em três distintos subtipos: carcinoma de grandes células, carcinoma espinocelular e o adenocarcinoma, sendo que este último pode, inclusive, acometer pessoas que nunca fumaram. É de grande importância a avaliação do tipo histológico, que, em conjunto com outros dados clínicos e moleculares, consiste em uma etapa fundamental para a determinação da terapêutica (IBIAPINA, 2012).

Cerca de 80% dos pacientes com câncer de pulmão diagnosticado são CPNPC. Outra característica deste conjunto de distintos tipos de câncer é a sua baixa sensibilidade à quimioterapia e à radioterapia, sendo a cirurgia ou cirurgia seguida de quimioterapia a modalidade de tratamento mais eficaz. Além disso, o CPNPC está diretamente associado ao tabagismo (SABAS, 2012; NATIONAL LUNG CANCER FORUM FOR NURSES, 2017).

Quanto ao CPPC, é mais responsivo à quimioterapia e à radioterapia por conta do seu rápido crescimento e proliferação, sendo o seu curso clínico usualmente mais rápido. Todavia, a resistência ao tratamento quimioterápico e radioterápico também é mais frequente, o que o torna altamente maligno. Divide-se em carcinoma neuroendócrino linfocitoide, carcinoma neuroendócrino de células intermediárias e carcinoma misto (SABAS, 2012; NATIONAL LUNG CANCER FORUM FOR NURSES, 2017).

A literatura ressalta que alguns tipos de cânceres de pulmão podem ser identificados pelo rastreamento, no momento da educação em saúde em comunidades e durante as estratégias de cuidado, pois podem ser detectados devidos aos sinais e sintomas (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Além disso, os exames de imagens como o raio-X do tórax, complementado por tomografia computadorizada, ajudam a localizar a lesão. A broncoscopia deve ser realizada para avaliar a árvore traqueobrônquica e, eventualmente, permitir a biópsia. Exames de sangue, como a dosagem enzimática, ultrassonografia e ressonância, também auxiliam no diagnóstico da doença (NATIONAL LUNG CANCER FORUM FOR NURSES, 2017).

Posteriormente ao diagnóstico, o estadiamento deve ser feito a fim de avaliar o estágio de evolução da doença e, a partir disso, verificar se a lesão está restrita ao pulmão ou se há metástases. Contudo, os critérios de estadiamento Tumor-Nódulo-metástase (TNM) só são possíveis para os CPNPC. Nesse caso, para identificar o tamanho do tumor primário e se ele cresceu nas áreas próximas, usa-se a letra T e uma numeração que indicará o grau de comprometimento (IBIAPINA, 2012; AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Os linfonodos são pequenas coleções de células do sistema imunológico as quais o câncer pode acometer antes de atingir algum órgão. Nesse caso, para o comprometimento dos linfonodos, usa-se a letra N seguida de uma numeração, sendo o zero indicativo de que ainda não houve acometimento dos mesmos. Se for evidenciada uma metástase, usa-se a letra M. Os sítios mais comuns são cérebro, ossos, glândulas adrenais, fígado, rins e o outro pulmão (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Em suma, desde o final da década de 1960, utiliza-se o sistema de estadiamento TNM para a classificação do câncer de pulmão baseada nas características do próprio tumor, nos linfonodos regionais e em sítios localmente metastáticos (CARDOSO, 2015).

Por outro lado, o CPNC adota um critério para a classificação da extensão tumoral diferenciada. Nesse tipo de câncer, são utilizados dois modos de estadiamento, que se dividem em doença limitada ou extensiva. Esta avaliação do estágio da doença irá ajudar a decidir se uma pessoa poderá se beneficiar de tratamentos mais agressivos, como quimioterapia combinada com radioterapia para tentar curar o câncer, no caso do câncer de estágio limitado, ou se a quimioterapia sozinha será provavelmente uma opção melhor, para o caso do câncer de estágio extensivo (NATIONAL LUNG CANCER FORUM FOR NURSES, 2017).

Considera-se a doença de estágio limitado quando está restrita ao hemotórax em que se localiza o tumor primário, e se inclui o mediastino e linfonodo supraclaviculares. Quando o câncer estiver disseminado ou exceder a definição de doença limitada, é considerado em estágio extensivo. Desse modo, pacientes com câncer metastático à distância são sempre classificados na categoria de doença extensa (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Diante disso, a quimioterapia provoca grande impacto na vida das pessoas e, por esta razão, espera-se que a ciência consiga interferir na predisposição genética para o câncer e desenvolver quimioterápicos com efeitos somente nas células tumorais. Enquanto isso não é divulgado, é preciso que os profissionais de saúde atuem como mediadores de ações promotoras de comportamentos benéficos para os pacientes.

1.5 A terapêutica oncológica da doença pulmonar

Baseando-se em inúmeras pesquisas, tem-se um melhor entendimento dos mecanismos e caminhos moleculares responsáveis pela formação e desenvolvimento de tumores; a partir delas, o desenvolvimento da quimioterapia cresceu, pois cada vez mais estas vias moleculares são direcionadas para deter o crescimento desordenado das células tumorais (CHAN et al., 2016).

Mas, infelizmente, não é tão simples assim. O tratamento para esta enfermidade causa um impacto considerável na economia mundial, pois a cada ano os custos vêm crescendo de modo assustador. Para o ano de 2010, foi calculado um custo econômico aproximado de US\$ 1,16 milhão. Em 2015, menos de 30% dos países de baixa renda haviam informado o oferecimento de tratamento aos pacientes com câncer, enquanto que, em países de alta renda, a oferta de tratamento é superior a 90% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Alguns tipos de câncer podem ser evitados pela eliminação da exposição aos fatores determinantes. A descoberta precoce torna o tratamento muito mais eficaz e com grandes chances de cura quando o potencial de malignidade for detectado antes de as células se tornarem malignas, numa fase inicial da doença (FACINA, 2014).

A quimioterapia, diferente da cirurgia e da radioterapia, age de modo sistêmico, ou seja, atua em todo o corpo. Na possibilidade de algumas células tumorais se desprenderem do tumor primário e migrarem para outros órgãos ocasionando uma metástase, muitas vezes a quimioterapia passa a ser a melhor forma de destruição destas células (SABAS et al., 2012).

Estudos baseados na não especificidade da quimioterapia, bem como na resistência tumoral e na causa de muitos efeitos colaterais indesejados, fizeram avançar o tratamento do câncer. Com isso, surgiu um novo tipo de terapia para o câncer, a imunoterapia, que envolve o aumento da capacidade do sistema imunológico do corpo para a remoção do tumor como uma estratégia alternativa para o controle do câncer (CHAN et al. 2016).

A indicação para a realização da quimioterapia pode ter duas finalidades inicialmente: neoadjuvante ou adjuvante. A opção para uma quimioterapia neoadjuvante ou citorrredutora ocorre quando se deseja a redução de tumores loco e regionalmente avançados, que, no momento, sejam ressecáveis ou não. Quando não ressecáveis, a ação dos medicamentos sobre o tumor provoca a redução do seu tamanho, tornando-o ressecável (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017).

Outro tratamento proposto pode ser a quimioterapia adjuvante ou profilática, que é indicada após o tratamento cirúrgico curativo, quando o paciente não apresenta qualquer evidência de neoplasia maligna detectável (CARDOSO, 2015).

A quimioterapia curativa tem a finalidade de curar pacientes com neoplasias malignas; para os quais representa o principal tratamento visto que alguns tipos de tumores em adultos, assim como vários tipos de tumores que acometem crianças e adolescentes, são curáveis (CARDOSO, 2015).

Todavia, a quimioterapia paliativa é indicada para o alívio de sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional do paciente, mas não repercute, obrigatoriamente, na sua sobrevida, tendo em vista a incurabilidade do tumor, seja por ser a doença avançada, recidivada ou metastática, que tende a evoluir a despeito do tratamento aplicado (CARDOSO, 2015).

É necessária a continuidade ou intervalos regulares para a realização deste tratamento, o que varia de acordo com os esquemas terapêuticos. Este pode ser combinado com a cirurgia, radioterapia ou com ambas, a fim de reduzir o tamanho do tumor no período pré-operatório ou destruir células tumorais remanescentes no período pós-operatório (SMELTZER et al., 2009).

O mecanismo de ação destes medicamentos atua diretamente na célula nas diversas fases do ciclo celular. Esta característica favorece o uso, mais frequentemente, da poliquimioterapia, na qual mais de dois tipos de medicamentos de classificações farmacológicas diferentes são aplicados, buscando-se um efeito mais abrangente sobre as células tumorais (SABAS et al., 2012).

Deste modo, podem ser classificados de acordo com a sua atuação no ciclo celular, podendo ser divididos em dois grupos: ciclos-específicos e ciclos-inespecíficos. Os quimioterápicos ciclos-específicos são aqueles que se mostram mais ativos nas células em uma fase específica do ciclo celular. Para que sua ação ocorra, é necessário promover uma exposição prolongada ou repetir as doses da medicação para permitir que mais células entrem na fase sensível do ciclo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2008).

Quanto aos quimioterápicos ciclos-inespecíficos, o efeito citotóxico das medicações é obtido em qualquer fase do ciclo celular. Contudo, estes agentes são eficazes em tumores grandes com menos células ativas em divisão no momento da administração da medicação (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2008).

A medicação quimioterápica pode ocasionar diversos efeitos colaterais que variam individualmente e, dependendo do antineoplásico, determinados efeitos colaterais são mais

prováveis de ocorrerem. Dessa forma, podem apresentar toxicidade hematológica, que inclui a leucopenia, a trombocitopenia e a anemia. As toxicidades gastrointestinais têm como sintomas mais comuns as náuseas, os vômitos, a mucosite, a anorexia, a diarreia e a obstipação. E também toxicidades: hepática, cardíaca, pulmonar, neurológica, vesical, renal e dermatológica, que incluem a hiperpigmentação, a fotossensibilidade e a alopecia (BONASSA; GATO, 2012).

O mau prognóstico do CPNPC é principalmente devido ao fato de que a doença permanece assintomática por um longo período de tempo e é muitas vezes diagnosticada em estágio avançado, quando a cirurgia não é mais uma opção (IBIAPINA, 2012).

Ao longo das últimas duas décadas, as opções de quimioterapia para pacientes com CPNPC aumentaram, sendo as drogas mais utilizadas: cisplatina, carboplatina, paclitaxel e docetaxel, gemcitabina, irinotecano, vimblastina, etoposídeo, vinorelbina e pemetrexed. Somam-se ainda os anticorpos monoclonais: bevacizumab, nivolumab, gefitinibe, erlotinibe e o cetuximab (CARDOSO, 2015).

O tratamento do CPNPC baseia-se no estágio limitado ou avançado da doença. Quando em estágio limitado, com uma estimativa de 30% dos casos em que há uma sobrevida de 15% em 2 anos, opta-se por realizar 4 ciclos de quimioterapia associada à radioterapia. No entanto, para o estágio avançado e o mais frequente, com estimativa de 70% dos casos cuja sobrevida é de menos de 3% em 2 anos, o tratamento é realizado com quimioterapia com paclitaxel e derivados de platina (cisplatina ou carboplatina), tendo uma resposta de 25% (IBIAPINA, 2012).

Considera-se para o tratamento do câncer de pulmão o emprego de combinações de quimioterápicos, o que tem resultado em elevada taxa de cura e melhoria das curvas de sobrevida entre os pacientes com câncer. O resultado da terapia antitumoral pode consistir em melhora clínica, redução de toxicidade significativa ou ambas. Portanto, uma avaliação cuidadosa dos efeitos do tratamento faz-se necessária (CRISANTO, 2012).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresenta-se o referencial teórico, buscando fundamentos ao objeto de estudo que tem como foco o cuidado de enfermagem na perspectiva da pessoa com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico. Este objeto nos fez aproximar do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (2012) por entender que as peculiaridades do cuidado de enfermagem às pessoas submetidas a esta modalidade de tratamento incluem medidas preventivas, de educação em saúde recomendada para minimizar a ocorrência de efeitos adversos e complicações.

Diante da complexidade e variedade de fatores intervenientes na ocorrência dos efeitos adversos, é preciso pensar em estratégias que, articuladas ao Modelo de Promoção da Saúde, possam ajudar na criação de espaços de práticas participativas, construtivas, direcionadas para a autonomia das pessoas envolvidas.

Nesse caso, a estratégia de atendimento que vem sendo utilizada é a consulta de enfermagem, lembrando que, no dia a dia do tratamento, a forma de cuidado se dá a partir do acolhimento e de toda relação amorosa e de confiança que se estabelece entre elas. Nesse sentido, é a partir deste primeiro contato e dos modos de ser de cada pessoa que se estabelece uma aproximação maior, em que é possível entendimento e abertura do diálogo franco, passivo de orientação para a manutenção da saúde e autocuidado dos sujeitos.

Justificamos também a escolha pelo Modelo de Saúde de Pender, pois entendemos que as Teorias de Enfermagem representam um dos elementos que compõem uma linguagem específica que fundamenta nas ações de cuidado. George (2011) complementa que as Teorias favorecem a reflexão e o senso crítico, utilizando princípios científicos visando a mudanças, transformações em nível pessoal, familiar, profissional e institucional. Além disso, ajuda a consolidar o status da enfermagem como ciência e arte na área da saúde.

Complementando esta ideia, as teorias ajudam na organização e articulação do conhecimento científico com as experiências desenvolvidas nas atividades cotidianas, bem como levantam questionamentos em busca de novas descobertas (PARKER, 2005; ALLIGOOD, 2014).

A Teoria é essencial no desenvolvimento contínuo da enfermagem, no conhecimento da profissão, com ideias criativas tanto para a saúde como para o desenvolvimento dos enfermeiros (TANURE; PINHEIRO, 2011). Nesse sentido, o saber da enfermagem, no dia a dia é aprimorado cada vez mais com a fundamentação das Teorias.

Os modelos de enfermagem trazem conceitos como estresse, adaptação, estímulos, necessidades, empatia e ambiente. Contudo, os mais significativos para a prática de enfermagem incluem o indivíduo, o ambiente, a saúde e a própria enfermagem, mas ressalta-se que a pessoa é o centro desta profissão. É a partir dela, pessoa, indivíduo, paciente, que a enfermagem evoluiu como ciência e, também, na sua prática profissional (GEORGE, 2011).

Entre tantas teorias, destacamos o Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, o qual visa sintetizar os resultados da investigação de enfermagem, psicologia e saúde pública em um modelo explicativo do comportamento da saúde humana. Este modelo é seguido para o desenvolvimento e conhecimento de intervenções voltadas para a promoção da saúde durante a prática de enfermagem (RUDDY, 2007; PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Este modelo identifica que fatores determinantes influenciam o comportamento de saúde da pessoa. No entanto, o foco principal do modelo é a promoção da saúde através da atuação do enfermeiro no desenvolvimento de cuidado de enfermagem de forma individual ou coletiva (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Nesta perspectiva, o conhecimento científico sobre a temática fez entender a necessidade de realizar um estudo sobre o cuidado de enfermagem às pessoas com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico com ênfase na promoção da saúde. Dentro de todo o contexto que envolve a promoção da saúde, ressaltamos a consulta de enfermagem como ação para implementar um comportamento que proporcione bem-estar às pessoas com câncer de pulmão e que realizam quimioterapia como também inclui questionamentos, reflexões, educação em saúde, compartilhando ideias e conhecimentos.

2.1 Breve história de Nola J. Pender e o Modelo de Promoção da Saúde

Nascida no ano de 1941, Lansing, Michigan, Nola J. Pender era a filha única de pais que defendiam a educação para as mulheres. Teve total incentivo familiar para se tornar uma enfermeira. Em 1962, graduou-se em enfermagem e logo começou a trabalhar em uma unidade médico-cirúrgica e, posteriormente, em uma unidade pediátrica de um hospital em Michigan (ALLIGOOD, 2014).

Em 1964, Pender concluiu seu bacharelado em enfermagem na *Michigan University*. Um ano depois, obteve o grau de mestre em Crescimento e Desenvolvimento Humano pela

mesma universidade. No ano de 1969, concluiu o doutorado na *North Western University* (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011; ALLIGOOD, 2014).

Atualmente, Pender atua como professora emérita na Divisão de Promoção da Saúde e Redução de Risco da *School of Nursing* da *Michigan University* e professora da *School of Nursing* da *Loyola University Chicago's*. Aposentada, passa seu tempo realizando consultoria de pesquisa em promoção da saúde em nível nacional e internacional (PETIPRIN, 2016).

O modelo de Nola J. Pender, desenvolvido nos Estados Unidos na década de 80, publicado no texto do *Health Promotion in Nursing Practice* surgiu quando Pender percebeu que os profissionais interviam apenas depois que os pacientes desenvolviam problemas de saúde agudos ou crônicos. A observação da eminente teórica resultou em um modelo que promovesse a qualidade de vida dos pacientes e a prevenção de problemas antes que estes ocorressem (ALLIGOOD, 2014; PETIPRIN, 2016).

O MPS utilizou como bases teóricas de valorização da motivação humana, criado por Feather, e a teoria da aprendizagem, de Albert Bandura. Esta última postula a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamentos e conduta dos indivíduos (ALLIGOOD, 2014).

Quanto à teoria da valorização, parte do pressuposto de que se o indivíduo reconhece os benefícios da mudança de conduta, as metas estabelecidas para a mudança são alcançadas. O resultado é valorizado e a pessoa sente que é capaz de realizá-las com eficácia (ALLIGOOD, 2014).

No intuito de auxiliar os enfermeiros a compreenderem os principais determinantes de saúde, fez-se necessário definir conceitos-chave para compor o MPS. Estes conceitos se interagem e se inter-relacionam, sendo apresentados como o ambiente, a saúde, a enfermagem e a pessoa (PETIPRIN, 2016).

Nessa direção, a pessoa é compreendida como um organismo biopsicossocial, moldada pelo meio ambiente, capaz de tomar e resolver problemas relacionados à sua saúde, inclusive, adotar mudanças de determinados comportamentos (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011; PETIPRIN, 2016).

Pender conceitua o ambiente como resultado das relações entre indivíduo e seu acesso a recursos de saúde, sociais e econômicos. A partir disso, o meio ambiente pode ser manipulado individualmente para criar um contexto de sinais positivos e facilitadores de comportamentos que melhoram a saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011; PETIPRIN, 2016).

A enfermagem, no MPS, relaciona-se com as intervenções e estratégias para dispor e favorecer o comportamento de promover a saúde. Um dos estímulos principais para atingir estas ações é o indivíduo ser responsável pelo seu autocuidado (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011; PETIPRIN, 2016).

O conceito de saúde é observado sob os aspectos individual, familiar e comunitário, enfatizando-se a melhoria do bem-estar e da saúde global no desenvolvimento do potencial humano, e extinguindo-se a concepção puramente biológica, na qual a saúde é compreendida como a ausência de doenças e o autocuidado (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011; PETIPRIN, 2016).

Na primeira dimensão do diagrama, temos as características e experiências individuais que englobam o Comportamento anterior e os Fatores pessoais. Quanto ao comportamento anterior, entende-se como comportamento do indivíduo que deve ser mudado. Os fatores pessoais definem o comportamento do indivíduo através das subdivisões dos fatores em biológicos (idade, sexo, força, agilidade e equilíbrio); psicológicos (autoestima; automotivação); socioculturais (etnia, formação e condição financeira) (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011; ALLIGOOD, 2014).

Entre as outras dimensões do diagrama (Figura 1), ressalta-se o comportamento específico, sendo o comportamento que se quer alcançar e que é o núcleo central do diagrama. O conhecimento e sentimento específicos são vistos como aspectos modificáveis a depender da motivação, que deve partir da avaliação do enfermeiro (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011; PETIPRIN, 2016).

influências interpessoais são as famílias, os cônjuges e os profissionais de saúde (PENDER, 2012).

E, por último, as influências situacionais, que são consideradas como as percepções pessoais de qualquer situação ou contexto determinado que possam facilitar ou impedir a conduta, ou seja, interferem direta ou indiretamente no comportamento de saúde (PENDER, 2012).

Na terceira variável, os resultados do comportamento e das experiências individuais, há as seguintes categorias: Compromisso com um plano de ação: objetiva a intenção e identificação de uma estratégia planejada que leve à implantação de uma conduta de saúde; Comportamento promotor de saúde: refere-se ao resultado da ação que se dirige aos resultados de saúde positivos, como o bem-estar e a qualidade de vida (PENDER, 2012).

Nesse contexto, o MPS mostra o enfermeiro como principal e importante avaliador do comportamento e, com isso, proporciona ao indivíduo o alcance de uma vida saudável. Desse modo, é fundamental que este profissional se aproprie de conhecimentos que visem ao cuidado clínico da população, explorando o complexo biopsicossocial que motiva indivíduos a se adaptarem a comportamentos produtores de saúde (OLIVEIRA, 2015).

2.2 O Modelo de Promoção da Saúde aplicado no cuidado de enfermagem

A promoção da saúde resulta na mudança de hábito de vida e, no cerne deste entendimento, emerge o papel da enfermagem, sendo esta capaz de orientar os indivíduos a se cuidarem, estimulando e ensinando a adoção de hábitos de vida saudáveis, configurando-se esta profissão como contribuição (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Segundo Pender (2012), a promoção da saúde é vista como um modelo que auxilia o profissional a compreender como a pessoa se relaciona com sua própria saúde através das decisões que toma, posto que o autocuidado é um modo de comportamento individual que está diretamente relacionado à saúde.

No que concerne ao Modelo de Pender, pode ser aplicado no cuidado de enfermagem direcionado para a consulta de enfermagem, na qual se observa que cada pessoa possui características e experiências pessoais únicas que afetam ações subsequentes (PENDER, 2012).

Conforme a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1896, art. 8º, ao enfermeiro incumbe, privativamente, a realização da consulta de enfermagem, que compreende atender às demandas da pessoa como um ser holístico constituída de corpo, mente e espírito, pertencente a um núcleo familiar, de modo a respeitar seus valores (BRASIL, 1986). Para Doenges et al. (2012), a ciência e a arte dedicada a estas questões se baseiam na teoria ampla do cuidar e nas habilidades próprias do enfermeiro.

Nessa direção, por meio da consulta de enfermagem, sendo uma atividade privativa e prestada pelo enfermeiro, são identificados os problemas de saúde e, a seguir, prescritos e implementados os cuidados com o objetivo de promover saúde, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente (NASCIMENTO et al., 2012).

Como um ser humano dotado de valor e dignidade, a pessoa com câncer de pulmão está habilitada a participar das decisões e das intervenções necessárias à sua própria saúde. É essencial que o enfermeiro habilitado dê um sentido para o cuidado, utilizando-se de criatividade e conhecimento, de modo individualizado (DOENGES et al., 2012).

Pender (2012) acredita que as pessoas têm um enorme potencial para dirigir suas mudanças, autorregular seus comportamentos e tomar decisões para solucionar seus problemas. As mudanças partem da adesão a novos comportamentos para a manutenção da saúde, com o auxílio dos profissionais de saúde, até que a pessoa possa assumir a responsabilidade por si só.

Cabe salientar que tanto durante a consulta de enfermagem quanto na assistência prestada ao paciente em tratamento quimioterápico, o enfermeiro pode identificar os problemas de saúde. Para Nascimento et al. (2012), o atendimento ao paciente oncológico é complexo em função de características peculiares do próprio adoecimento, requerendo do enfermeiro responsabilidades que lhe são privativas, competências e conhecimentos técnico-científicos, além de habilidades no relacionamento interpessoal.

Outro fator importante é o estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa a ser cuidada, de forma que contribua para a detecção precoce de problemas reais e potenciais que o tratamento quimioterápico pode causar. Contudo, a consulta deve ser centrada em metodologias que estimulem a participação da própria pessoa na elaboração de seu plano de cuidados e no cumprimento destas metas (SILVEIRA et al, 2014).

Diante disso, o enfermeiro atua de maneira significativa junto à pessoa com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico, tendo em vista seu trabalho ser baseado na identificação de respostas humanas positivas ou negativas no processo de adoecimento-tratamento-recuperação. Conforme Nascimento et al. (2012), o estabelecimento de estratégias

que proporcionem a recuperação da saúde ou a melhoria do bem-estar individual requer uma organização da assistência prestada ao indivíduo, focalizando o holismo e a interação da equipe-cliente e também da família.

Assim, o comprometimento pela promoção da saúde está dividido entre os pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico, a comunidade, os institutos que oferecem serviços de saúde e os profissionais da saúde, com destaque para o aumento da participação do enfermeiro, sendo este que coleta informações, observa, examina para conhecer, compreender e explicar a situação de saúde antes de decidir sobre a terapêutica a ser implementada (ALVES, 2010; NASCIMENTO et al., 2012).

Embora este estudo não tenha aplicado, na íntegra, o Modelo de Promoção da Saúde de Pender, este surge como proposta de integrar a enfermagem à ciência do comportamento, por meio das características e experiência individuais. Nesse sentido, identificamos semelhanças nas ações no dia a dia do cuidado e acreditamos que desta forma é possível realizar o cuidado fundamentado na Teoria do Comportamento Humano, pois pode ser aplicado nas interrelações enfermeiro-paciente, nas ações individualizadas, percebendo as influências comportamentais e as experiências de vida que favorecem as mudanças de hábitos, além de possibilitar elaborar, junto com a pessoa, um planejamento, uma intervenção e uma avaliação constante das ações.

Desse modo, uma das estratégias utilizadas para o desenvolvimento do MPS de Pender é a consulta de enfermagem, e nesse estudo, voltada à pessoa com doença oncológica que realiza quimioterapia, de modo a abranger desde o acolhimento da pessoa e seu familiar, incluindo a investigação sobre a história de vida, seguida das orientações individualizadas. Acrescenta-se, ainda, o potencial que tem na promoção do bem-estar e na co-responsabilização dos pacientes para o seu autocuidado.

3 METODOLOGIA

Considerando o objeto do estudo, o cuidado de enfermagem na perspectiva das pessoas com câncer de pulmão e em tratamento quimioterápico, optou-se pela abordagem qualitativa, baseado no método Narrativa de Vida, por entender que as narrativas evidenciam a história pessoal, fatos passados e atuais, permitindo que se expressem sobre o seu adoecimento e autocuidado. Desse modo, poderá ser possível entendê-las e ajudá-las durante todo esse período, observando a riqueza e subjetividade de quem está narrando.

No que se refere à abordagem qualitativa, Minayo (2010) a define como aquela que “[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

3.1 O método Narrativa de Vida

Para a produção dos dados, foi utilizado o método da Narrativa de Vida, uma das modalidades de estudo da abordagem qualitativa. Conforme relata Bertaux (2010), este método permite conhecer a essência da história de vida dos participantes a partir de suas próprias narrativas de vida, sendo que o pesquisador não confirma a autenticidade dos fatos narrados, pois o essencial é o ponto de vista de quem está narrando.

Com a finalidade de aprofundar o conhecimento desta temática a partir da ótica de quem vivencia o processo de adoecimento e cuidados, sendo, neste caso, pessoas com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico, optou-se por utilizar o método de Narrativa de Vida, por meio de entrevista. Entende-se que a premissa dos acontecimentos sobre as pessoas e tudo que repercute em seu adoecimento, no tratamento e nos cuidados de enfermagem só será possível com a descrição da experiência humana tal como ela é vivenciada e tal como ela é definida por seus próprios atores.

O método de Narrativa de Vida foi reorganizado por Daniel Bertaux, sociólogo, na França; e, no Brasil, já se registrou um aumento significativo do número de trabalhos de pesquisa nas áreas de antropologia, educação e enfermagem (BERTAUX, 2010).

Contudo, ao observarmos o desenvolvimento da pesquisa qualitativa juntamente com uma crescente utilização das narrativas nas pesquisas de enfermagem, parece evidente que a “aproximação” do pesquisador com o sujeito envolvido na pesquisa tem sido um dos principais motivos deste crescimento (CUNHA; SIMÃO, 2013).

Bertaux (2010) identifica as “histórias de vida, por mais particulares que sejam, sempre como relatos de práticas sociais, das formas com que o indivíduo se insere e atua no mundo do qual ele faz parte”. Sem dúvida, são as narrativas que permitem ao homem se dar conta de sua existência, permitindo à humanidade construir e estudar a sua história.

Assim, a utilização do método Narrativa de Vida tende a permitir a identificação dos mecanismos e processos que as pessoas do estudo utilizaram em uma dada situação, como se esforçaram para administrar esta nova situação e até mesmo para superá-la (BERTAUX, 2010).

Nesse sentido, o cotidiano dos participantes foi retratado por meio de suas histórias de vida. O cotidiano é entendido como um conjunto de situações vivenciadas no dia a dia, percebidas individualmente e renovadas a cada instante (BERTAUX, 2010).

A narrativa de vida com uma perspectiva etnossociológica se aplica em pesquisar uma parte da realidade sócio-histórica da qual não se sabe muita coisa *a priori*. Esta abordagem etnossociológica é designada para pesquisa de campo e estudos de caso, a partir de técnicas de observação (etnografia) (BERTAUX, 2010).

Sabe-se que a perspectiva etnossociológica não tem vocação para verificar as hipóteses, mas sim ver como acontecem as configurações de um mundo ou uma situação social, haja vista que o mundo social, também conhecido como mesocosmo, constitui uma sociedade global conhecida como macrocosmo, que pode criar uma diversidade de tipos de microcosmos (BERTAUX, 2010).

Bertaux (2010) refere que, na abordagem etnossociológica, é remetido um objeto social, chamado de categorias de situação, que constituem características específicas. A situação, como a do paciente com câncer que realiza tratamento quimioterápico, forma uma categoria específica, não necessariamente irá formar um mundo social.

O pesquisador que utiliza o método de narrativa de vida no campo de pesquisa está em busca dos contextos sociais nos quais os informantes vivem na situação social estudada (BERTAUX, 2010), sendo nesta os cuidados de enfermagem à pessoa com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico, adquiridos pela experiência ou pelo conhecimento prático.

Assim, este método constitui um instrumento importante de extração dos saberes práticos dos informantes, com a condição de orientar para a descrição das experiências

vividas pessoalmente. Todavia, a experiência vivida trazida na forma de narrativa de vida permite uma descrição em profundidade a partir do particular para o geral, quando comparamos as diversas narrativas; a diacronia, na qual a pessoa conta determinada parte de sua história sem se preocupar com uma linha cronológica; e a recorrência de um percurso de vida para o outro (BERTAUX, 2010).

3.2 Cenário do estudo

O presente estudo foi realizado em uma Clínica de Oncologia do setor privado, situada no município do Rio de Janeiro, no período de fevereiro a junho de 2017.

Esta unidade está em funcionamento desde 1990, sendo reconhecida como um modelo de excelência para quimioterapia ambulatorial. Atualmente, conta com cinco centros de tratamento quimioterápico. Possui seis unidades de atendimento clínico e ambulatorial onde são ofertados diversos serviços de assistência à saúde, sendo duas no bairro de Botafogo, duas no bairro da Barra da Tijuca, uma na cidade de Nova Iguaçu e uma na cidade de Niterói. Porém o estudo aconteceu com as pessoas que realizavam tratamento nas unidades da Barra da Tijuca.

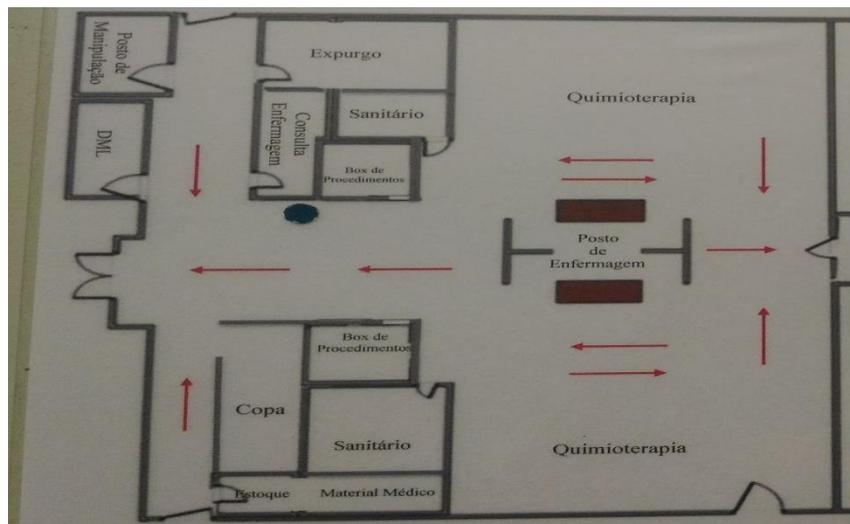
Neste período de existência, a clínica tem acompanhado de perto a evolução da medicina oncológica, utilizando um novo conceito no tratamento oncológico, que associa tecnologia com pesquisa, aperfeiçoamento técnico dos profissionais, e, principalmente, sensibilidade na forma do cuidar do paciente, construindo um diferencial de qualidade e segurança no tratamento. Todos os esforços renderam à clínica, um dos primeiros serviços de oncologia do estado, o título de acreditado pela *Joint Commission*.

Nestas unidades, pode-se contar também com uma infraestrutura do Instituto de Educação e Pesquisa, que objetiva gerar informações em saúde e participar de estudos que permitam o acesso a novos tratamentos.

Ressalta-se a missão de promover o bem-estar físico e mental das pessoas que utilizam os serviços, de modo sustentável e com padrões de excelência que integrem humanismo e os avanços da ciência. Dessa forma, as pessoas podem contar com os serviços de tratamento quimioterápico realizados pelo enfermeiro. Além disso, oferecem serviços multidisciplinares e integrados como psico-oncologia, nutrição oncológica, radioterapia, clínica da dor, oncogenética, cessação do tabagismo, dentre outros.

O centro infusional de quimioterapia possui 20 *boxes* individuais para a realização do tratamento quimioterápico, uma sala equipada para atendimento de emergência, uma segunda sala com um leito para pacientes que serão submetidos a procedimentos ou protocolos de tratamento que exijam deitar, além de dois banheiros exclusivos para pacientes, uma copa, e uma sala para consulta de enfermagem. Pode-se observar a disposição do ambiente onde o posto de enfermagem se situa no meio do salão e os *boxes* ficam ao redor (Figura 2).

Figura 2 – Disposição do Centro de Tratamento Infusional



Fonte: Américas Centro Oncológico, 2014.

Convém lembrar que o atendimento ocorre durante o período diurno, por 12 horas, de segunda à sexta, ou seja, não há serviço noturno e também não há atendimento de emergência aberta, somente para o paciente que está recebendo quimioterapia e se neste período ocorrer alguma intercorrência. Caso ocorra a necessidade de um serviço de emergência de grande complexidade, o paciente será transferido para um dos hospitais de referência conforme disponibilidade do seu convênio.

A unidade de quimioterapia é composta por uma média de 15 enfermeiros e 2 técnicos de enfermagem, além de recepcionista, pessoas para o apoio e dois enfermeiros supervisores. Uma enfermeira é exclusiva para a consulta e os demais enfermeiros são assistenciais e contribuem para solidificar as informações fornecidas durante a consulta de enfermagem, bem como estimular o paciente ao autocuidado.

Ressalta-se que a infusão de quimioterápicos é realizada, exclusivamente, por enfermeiros. Além disso, também são responsáveis pela punção de acessos vasculares, manejo de toxicidades e infusão de medicamentos.

A sala para a realização da consulta de enfermagem fica no mesmo ambiente. Apresenta uma estrutura tradicional, com acomodação para o acompanhante e com privacidade para abordagem do paciente, bem como a realização da promoção da saúde de forma individual e familiar, respeitando a particularidade de cada paciente. Na impossibilidade de realizar a consulta na sala, esta se dará no *box* onde existem acomodações com poltronas e cortinas conferindo, dessa forma, privacidade ao paciente.

3.3 Aspectos éticos

Este estudo foi realizado atendendo ao disposto na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS, que versa sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Seguindo estes propósitos, foi solicitada autorização da Direção da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ) e da Direção da Clínica de Oncologia situada na cidade do Rio de Janeiro, para o encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética.

Em seguida, foi submetido à análise dos pareceristas e, após a aprovação, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Plataforma Brasil, o qual gerou o Parecer de aprovação CAAE: 62785816.0.0000.52559. As entrevistas somente foram iniciadas após a aprovação do Comitê de Ética da Plataforma Brasil e da autorização formal da Direção Geral da Clínica de Oncologia.

Todos os participantes tiveram suas identidades preservadas, sendo facultativa sua participação no estudo, não interferindo na assistência recebida na instituição. Desse modo, a participação foi voluntária e os participantes foram informados de que poderiam desistir em qualquer fase de realização da pesquisa, sem qualquer sanção ou prejuízo decorrentes deste ato, bem como lhes foi garantido o respeito às opiniões verbalizadas.

Para manter o anonimato, os entrevistados foram identificados por um pseudônimo. Atribuiu-se o nome de pedras preciosas a cada entrevistado. Segundo Lamachia (2006), as pedras preciosas são minerais cristalinos raros e de importante valor, que se distinguem pela sua beleza, pureza, cor, transparência, brilho e dureza. No campo da medicina ancestral, acredita-se que as pedras preciosas têm poderes de cura e harmonização mental, emocional, física e energética.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e indagados se concordavam em participar voluntariamente, conferindo o seu aceite formal através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas cópias, ficando uma sob a guarda do respondente da pesquisa; e a outra, de posse da pesquisadora (APÊNDICE A).

Também foram informados sobre os benefícios da pesquisa e sobre o fato de que o desenvolvimento do estudo previu riscos mínimos, ressaltando que a participação contribuiria para a linha de pesquisa: Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem da ENF/UERJ.

Quanto à identidade, será mantida em sigilo e as informações fornecidas somente serão utilizadas para fins de pesquisas, outros estudos e apresentação em eventos científicos.

3.4 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram 20 pessoas com diagnóstico de câncer de pulmão primário, que se encontravam em tratamento quimioterápico no período da produção de dados, atendidas na Clínica de Oncologia situada no município do Rio de Janeiro.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: pessoa com câncer de pulmão primário em tratamento quimioterápico; ter realizado pelo menos uma consulta de enfermagem; ter realizado ao menos duas sessões de quimioterapia; ter idade acima dos 18 anos, independente do gênero, religião, etnia, crença religiosa; ter interesse em participar do estudo, assinando o TCLE (APÊNDICE A).

Os critérios de exclusão foram: pessoas com adoecimento psíquico e apresentando dificuldade de responder os questionamentos e que não se interessarem pelo estudo.

O primeiro contato com os participantes da pesquisa ocorreu de forma aleatória no momento da prestação de cuidados no centro infusional de quimioterapia, por meio de apresentação e conversas descontraídas. Em seguida, eram convidados a participarem do estudo, explicando-lhes, de modo sucinto, os objetivos da pesquisa, sua importância e as questões éticas. Os participantes que demonstraram interesse informaram o telefone de contato e o endereço para o agendamento da pesquisa e esclarecimento de eventuais dúvidas que pudessem surgir.

Para Bertaux (2010), a apresentação e um encontro prévio com o participante, juntamente com a troca de algumas frases, tornam tudo mais fácil para o pesquisador, pois ele deixa de ser um estranho. Dessa forma, o pesquisador também fica sabendo com quem irá tratar.

Desse modo, num segundo momento, foi realizado contato telefônico para maior esclarecimento do estudo e para o agendamento das entrevistas, e a maioria dos participantes optou pela realização da entrevista em suas residências, pois se sentiam muito cansados, com efeitos tardios da quimioterapia, dentre outras dificuldades. Outra parte escolheu a clínica, nos dias de consultas ou exames, e que coincidissem com a disponibilidade do entrevistador.

As entrevistas foram bem-sucedidas, com duração média de 1 a 2 horas, e saturou no 20º depoente, configurando um total de 20 participantes, embora houvesse 30 pessoas selecionadas para o estudo. Não houve recusa.

Embora as pessoas aceitaram participar do estudo, muitas vezes o estado geral de saúde não permitia a realização da entrevista, considerando que estavam realizando tratamento quimioterápico e com reações de toxicidades após a quimioterapia. Devido a isso, houve muita dificuldade para a realização das entrevistas, e mesmo as que estavam agendadas muitas vezes foram adiadas por conta de internações e agravamento do estado de saúde da pessoa.

Sobre a saturação, Bertaux (2010) refere ser o fenômeno através do qual o pesquisador tem a impressão de não apreender algo de novo referente ao objeto de estudo em questão. É necessário frisar que as entrevistas foram realizadas até atingir o ponto de saturação, encerrando a etapa da coleta das narrativas.

3.5 Técnica de produção de dados

Para o desenvolvimento do método narrativa de vida, a técnica adotada foi a entrevista aberta que consistiu na combinação de escuta atenta e questionamento, pois o entrevistado não narra somente a sua vida, ele dá mais profundidade às reflexões sobre a sua vida, enquanto conta (BERTAUX, 2010; MINAYO, 2010).

Antes de iniciar a entrevista, o participante foi orientado a falar livremente sobre sua vida, um determinado período ou aspecto dela. A partir da fala do entrevistado, a pesquisadora formulou suas questões para esclarecer ou aprofundar determinado ponto, e foi

de livre escolha do entrevistado a direção da conversação e os tópicos que foram abordados (BERTAUX, 2010).

O pesquisador, antes de iniciar a entrevista, deve mencionar para o entrevistado o objeto de estudo e começá-la com uma frase que contenha o verbo “falar” ou “contar” (BERTAUX, 2010). Desse modo, a entrevista teve como pergunta norteadora: Fale sobre a sua vida que tenha relação com o seu adoecer com câncer, o tratamento quimioterápico, as orientações e os cuidados de enfermagem recebidos desde a consulta de enfermagem e durante o tratamento.

Durante a entrevista, o pesquisador deverá estimular o entrevistado a falar, fazer emergir e desenvolver uma relação interpessoal, que pode ser através de sinais de aprovação e/ou palavras animadoras. Deve-se interromper a entrevista o menos possível, e caso seja necessário interromper para que o entrevistado possa explicar alguma palavra ou algum fenômeno mencionado, por exemplo, deve-se retomar a entrevista pela última frase do entrevistado (BERTAUX, 2010).

Foi preciso, inicialmente, considerar algumas práticas na formalidade de uma entrevista como a apresentação, menção do interesse da pesquisa, justificativa da escolha do entrevistado, garantia do anonimato e uma conversa inicial a que alguns pesquisadores denominam de “ambientação” (BERTAUX, 2010).

As entrevistas foram gravadas utilizando-se o aparelho de MP4 para preservação das informações de forma fidedigna, e transcritas na íntegra posteriormente pela própria pesquisadora, que se responsabilizará pela conservação do material durante o período de cinco anos; após este prazo, o material será incinerado.

A Clínica de Oncologia dispõe de prontuário eletrônico. Assim, a cada entrevista agendada, confirmavam-se no prontuário os dados pessoais como o endereço, o telefone para contato e também os dados referentes ao tratamento, como o dia da última sessão de quimioterapia, os protocolos realizados, cirurgia, metástase, data do diagnóstico, dentre outros. Buscar estas informações no prontuário do paciente foi de grande valia para o preenchimento tanto do questionário como da entrevista, considerando que muitos participantes não souberam informar com precisão informações sobre o diagnóstico e o tratamento.

Dando continuidade à caracterização dos participantes, antes de dar início a cada entrevista, ainda com o propósito de realizar um perfil sucinto para fornecer informações gerais sobre cada uma das pessoas entrevistadas, utilizou-se como instrumento um

questionário nominado Caracterização dos Participantes da Pesquisa (APÊNDICE B). Sem dúvida, estes dados foram importantes para traçar o perfil dos participantes.

O questionário para caracterização dos participantes da pesquisa contém perguntas abertas e fechadas sobre os dados gerais como a situação conjugal, profissão e escolaridade; aspectos do tratamento como o diagnóstico, quimioterápico utilizado, via de administração, sessões e intervalo entre as aplicações; requisitos de autocuidado universais como exercícios físicos, tabagismo, etilismo, atividade física, espiritualidade.

Para melhor acomodação dos pacientes, as entrevistas aconteceram em três espaços diferentes. O primeiro espaço foi o consultório da Clínica de Oncologia, cedido por 1–2 horas para a realização de 10 entrevistas agendadas, cada uma em dias e horários diferentes, pois dependia de coincidir com as marcações de exames e demais consultas. Outras 8 entrevistas foram realizadas nas casas dos participantes por acomodação de agenda e bem-estar. E outras 2 entrevistas foram realizadas no local de trabalho em horário apropriado, pois as participantes exerciam função de gerenciamento. Desse modo, em todos os locais de coleta, as entrevistas foram realizadas sem interrupção ou interferência que pudessem prejudicar o seu andamento.

É essencial que o pesquisador aprenda a administrar os silêncios prolongados, as emoções fortes que acompanham as lembranças de momentos comoventes, as confidências com marcas de segredo. Este tipo de método de coleta de dados é emocionalmente desgastante e, por isso, mais de uma vez, o pesquisador e/ou participante terminarão literalmente consumidos (BERTAUX, 2010).

As narrativas de vida contemplaram uma riqueza de dados e informações. Vivenciar uma oportunidade de falar de suas angústias, tristezas, ressentimentos e medos, para a maioria dos entrevistados, foi positivo, pois deu uma sensação de organizar as ideias, e de perceber o quanto já avançou. As histórias de vitórias, fé e superação também valorizaram mais ainda as narrativas.

Dentre tantos fatos abordados, confesso que a pesquisadora se sentiu por diversas vezes abalada emocionalmente com as narrativas no momento em que acontecia presencialmente e durante as transcrições das entrevistas. Escutar repetidas vezes as pessoas que deveriam estar saudáveis, com filhos pequenos, repletas de planos, demonstrando vontade de viver, lutando em cada sessão de quimioterapia para ter mais algum tempo de vida, causou um desgaste emocional muito grande na pesquisadora.

Mas em seguida, o sentimento foi renovado ao observar o esforço de alguns participantes que, mesmo com dor, fadigados ou ainda com náuseas, não obstante, se

disponibilizaram a conceder a entrevista e ainda reconheceram o trabalho do enfermeiro. Escutar, nas narrativas, que estamos fazendo algo por eles, nos engrandece e nos dá força como profissionais para continuarmos a caminhada.

Nesse sentido, ao término de cada entrevista, foi possível redigir de modo sucinto, em um caderno de notas, a entrevista que acabara de fazer, pontuando as emoções e algumas atitudes dos entrevistados, pois Bertaux (p. 86, 2010) orienta que, após a entrevista, o pesquisador deve anotar em um caderno de campo tudo o que foi observado do contexto da entrevista e do seu desenvolvimento, de modo que “tente descrever a atitude do sujeito em relação a você, a respeito do tema da entrevista, a respeito da própria história e que mensagens o sujeito desejou passar e que assuntos preferiu não falar”.

Após a transcrição das primeiras entrevistas, foi realizada uma pausa nas transcrições para iniciar as retranscrições recomendadas por Bertaux (2010), pois, é preciso atentar ao máximo para a identificação das palavras que faltam das indicações de silêncio, as durações e entonações de voz ou mesmo os possíveis sentimentos expressos pelos participantes no decorrer de suas narrativas; igualmente foram destacados seus momentos de descontração através de seus risos.

Cabe ressaltar que este cuidado no tratamento dos dados me auxiliou não só no enriquecimento das entrevistas já realizadas, mas igualmente me auxiliou como pesquisadora a aprimorar a identificação dos momentos tão importantes nas narrativas das pessoas.

Assim, as transcrições das entrevistas devem ser realizadas o mais rápido possível para que a pesquisadora possa identificar o ponto de saturação e para não perder o fio condutor das informações apresentadas, pensamentos e reflexões (BERTAUX, 2010).

Tal recomendação tem a finalidade de se proceder imediatamente à análise dos dados, porque, desde modo, o pesquisador poderá acelerar sua entrada no cerne do estudo. Procedendo desta forma, o pesquisador aprenderá muito, não somente sobre o objetivo de sua pesquisa e sobre as lacunas de seu roteiro de entrevista, mas também sobre suas próprias falhas como entrevistador (BERTAUX, 2010).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente apresentaremos a caracterização do grupo de participantes, depois o historiograma seguido da análise das narrativas. Os resultados emergiram do questionário e, com isso, houve uma aproximação com os participantes.

4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Quadro 1 – Perfil das pessoas com câncer de pulmão (continua)

Entrevistados	Idade	Sexo	Profissão	Situação laboral	Estado civil	Religião	Residência	Etnia
Topázio	68	M	Administrativo	Aposentado	Casado	Católico	Eng. de Dentro	Branco
Quartzo	60	M	Aux. Administrativo	Licença Médica	Solteiro	Católico	Piedade	Branco
Ágata	55	F	Administradora	Ativo	Casada	Católica	B. Tijuca	Branca
Diamante	65	M	Aeronauta (Piloto)	Aposentado	Divorciado	Católico	Rio das Ostras	Branco
Água Marinha	62	F	Gerente de Banco	Aposentada	Casada	Católica	B. Tijuca	Branca
Opala	59	F	Do lar	Desempregada	Solteira	Católica	B. Tijuca	Branca
Citrino	48	M	Agente comércio	Ativo	Casado	Católico	Jacarepaguá	Negro
Ametista	38	F	Empresária Comercial	Ativo	Casada	Católica	Pechincha	Branca
Turmalina	70	F	Fonoaudióloga	Aposentada	Casada	Católica	B. Tijuca	Branca
Hematite	81	M	Assistente Social	Aposentado	Casado	Católico	Magalhães Barros	Branco
Safira	56	F	Aux. Enfermagem	Licença Médica	Solteira	Espírita	Jacarepaguá	Branca
Pérola	62	F	Do lar	Ativa	Casada	Católica	Jacarepaguá	Branca
Olho de tigre	60	M	Aux. Administrativo	Licença Médica	Casado	Católico	Abolição	Branco
Jaspe	57	M	Vendedor	Licença Médica	Divorciado	Católico	Penha	Branco

Quadro 1 – Perfil das pessoas com câncer de pulmão (conclusão)

Entrevistados	Idade	Sexo	Profissão	Situação laboral	Estado civil	Religião	Residência	Etnia
Jade	70	M	Técnico Tecnologia da Informação	Aposentado	Casado	Católico	Cabo Frio	Branco
Rubi	76	M	Serralheiro	Aposentado	Casado	Sem religião	Praça Seca	Branco
Turquesa	64	F	Professora	Pensionista	Viúva	Católica	Méier	Branca
Esmeralda	75	F	Do lar	Pensionista	Viúva	Católica	Jacarepaguá	Branca
Ônix	62	M	Comerciante	Aposentado	Casado	Católico	Maricá	Branco
Lápis Lazúli	77	M	Advogado	Aposentado	Casado	Católico	Jacarepaguá	Branco

Fonte: CORDEIRO, 2017.

O total de participantes deste estudo foi de 20 pessoas com diagnóstico de câncer de pulmão primário em tratamento quimioterápico em um Centro de Tratamento de Quimioterapia na rede privada, na cidade do Rio de Janeiro. A faixa etária varia entre 38 a 81 anos, sendo a média de 63,25 anos (Quadro 1).

Cada vez mais as pessoas são expostas a determinantes que interferem diretamente no seu processo de adoecimento e, com isso, no aumento sucessivo das doenças crônicas. O câncer, uma Doença Crônica não Transmissível (DCNT), é a segunda causa de morte no país e está relacionada a determinantes proximais, que são aqueles relacionados às características dos indivíduos que exercem influência sobre seu potencial, sua condição de saúde como a idade, o sexo e a herança genética, como também à relação de decisão dos comportamentos e estilos de vida que colocam este indivíduo em risco (BRASIL, 2014).

Dentre os tipos de câncer, o de pulmão é o segundo mais frequente no homem e o terceiro na mulher. Desde a década de 1980, estudos vêm mostrando o aumento desta doença, principalmente na população feminina, sendo considerada a principal causa de óbito por câncer na mulher, superando o câncer de mama. É alarmante a relação de incidência de câncer de pulmão no homem e na mulher, respectivamente de 1,1H:1,0M (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

Com relação a faixa etária dos participantes está entre 61 e 80 anos, idade média foi de 63,25 anos, o que é compatível com os dados da literatura mundial. Sabe-se que o

acometimento por neoplasias malignas tem sido relacionado ao aumento da vida média dos indivíduos, as modificações no estilo de vida, dentre outros fatos (BRASIL, 2014).

Cabe ressaltar que o prolongamento da expectativa de vida e o consecutivo envelhecimento da população estão pautados na redução do número médio de filhos por mulher em idade reprodutiva, na melhoria das condições econômicas e sociais, refletindo também na melhoria de saneamento das cidades e na evolução da medicina como o uso de antibióticos e vacinas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2017).

Quanto à etnia, 19 (95%) dos participantes se autodeclararam brancos e 1 (5%) se declarou negro. O catolicismo foi a religião declarada por 90% dos participantes. Quanto ao deslocamento até o Centro de Tratamento Quimioterápico, 15% dos entrevistados informaram morar em outro município do estado do RJ, o que demanda maior custo financeiro, tempo no trajeto de ida e volta, visto que estas pessoas retornam para suas residências, e também maior desgaste físico para os participantes e seus acompanhantes.

O estudo mostrou que 8 (40%) dos participantes concluíram a graduação. Conforme a Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) (2017), indivíduos com mais de 10 anos de estudos eram menos expostos a fatores de risco para as doenças crônicas e teriam menor resistência à prática de hábito de vida saudável.

Quanto à atividade laboral, 4 (20%) informaram ter retornado ao trabalho e que conseguem conciliar o trabalho com o tratamento quimioterápico e julgam administrarem bem a carga de efeitos de toxicidades no dia a dia, de modo que no dia que não estão se sentindo bem, fazem repouso, nos demais dias, exercem suas atividades normalmente. Relatam que se sentem bem assim.

Com relação à existência de outras morbidades, além do câncer de pulmão, (8) 40% confirmaram a existência. Destes, 4 (50%) disseram ter apenas uma comorbidade, 2 (25%) disseram ter duas comorbidades e outros 2 (25%) disseram ter três comorbidades. A hipertensão arterial foi informada por seis participantes, o diabetes *mellitus* por cinco participantes e outras doenças cardiovasculares foram informadas por dois participantes. De acordo com o problema mencionado, a toxicidade decorrente do tratamento quimioterápico pode ser agravada devida à fração substancial da carga de comprometimento do organismo por estas enfermidades.

Convém lembrar que as DCNT foram as responsáveis por aproximadamente 70% dos óbitos no país em 2011, com destaque para as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as

doenças respiratórias. O Brasil ainda encontra um enorme desafio para o controle destas DCNT e seus fatores de risco (MALTA et al., 2014).

As doenças cardiovasculares têm apresentado um declínio desde a década de 1990, mesmo assim, ainda são as principais causas de morte no país. O diabetes está entre as dez principais causas de morte no mundo, e seu rápido crescimento é resultado do aumento da população de idosos e da epidemia de obesidade (MALTA et al., 2014).

O Caderno de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (2014) reconhece que as pessoas têm variados graus de risco para as DCNT, porém a severidade da doença estabelecida interfere diretamente na sua qualidade de vida como, por exemplo: uma pessoa tabagista (grau 1) e com hipertensão fora da meta pressórica (grau 3) é considerada grau 3 de severidade.

O estudo evidenciou que mais da metade dos participantes ainda faz uso de bebida alcoólica. Destes, oito (72,7%) ingerem cerveja de 1 a 4 copos em situações esporádicas, dois (18,2%) ingerem de 1 a 2 taças de vinho e um (9,1%) fazem uso de 1 a 2 doses de outro tipo de bebida alcoólica, ambos referiram fazer uso socialmente. Todos afirmaram que o uso de bebida alcoólica se dá nos intervalos dos ciclos do tratamento quimioterápico.

Conforme a Vigitel (2017), uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, *whisky* ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

No que se refere à atividade física, somente cinco (25%) informaram que a praticam. As atividades físicas relacionadas por este grupo foram caminhadas, pilates e a hidroginástica, em uma frequência de 3x por semana com duração de 60 minutos por dia. Segundo a Vigitel (2017), é considerada atividade física o adulto que praticou qualquer atividade física no seu tempo livre nos últimos três meses, com pelo menos 150 minutos semanais, sendo que a caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica e ginástica em geral foram classificadas como atividades de intensidade leve ou moderadas.

Um dos benefícios da prática de atividade física regular está associado à diminuição dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial, câncer e depressão, bem como, diminuição da obesidade e redução do estresse. Diante disso, a adoção deste hábito repercute diretamente na prevenção primária para as doenças crônicas. Como se vê, indivíduos com níveis insuficientes de atividade física possuem de 20% a 30% maior risco de morte por qualquer causa (BRASIL, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Considera-se o adulto fisicamente inativo aquele que não realizou qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses e que não fez esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocou para o trabalho ou curso/escola caminhando ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 20 minutos no percurso de ida e volta, e não foi responsável pela limpeza pesada de sua casa (BRASIL, 2017).

Entre tantos fatores, destacamos o percentual de tabagismo para os participantes do estudo de modo que identificamos que doze (60%) participantes são ex-fumantes e três (15%) ainda não abandonaram o tabagismo. Segundo a Política Nacional de Controle do Tabaco (2014), o tabagismo está relacionado como a causa de várias doenças, sendo 30% de todos os casos de câncer (cavidade oral, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, cólon, reto, fígado e vias biliares, rins, bexiga, colo de útero, vulva e leucemia mieloide), 90% dos casos de câncer de pulmão, 25% dos casos de cardiopatia isquêmica e doença cerebrovascular.

Quanto ao período em que os participantes se mantiveram tabagistas, cinco (33,3%) fumam ou fumaram de 10 a 30 anos e sete (46,7%) fumam ou fumaram de 31 a 50 anos. Os 20 participantes informaram o uso somente de cigarros. Em relação à quantidade, seis (40%) fumam ou fumaram 1 maço de cigarro por dia e sete (46,7%) fumam ou fumaram 2 maços por dia.

Nesse aspecto, mais de 80% dos casos de câncer de pulmão estão relacionados com o consumo de tabaco. Notam-se as taxas mais altas de incidência na Europa e na Ásia Oriental. O risco de causar doença é aumentado conforme o número de cigarros fumados por dia, o período total que fumou e a precocidade da idade em que se começou o hábito de fumar (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015).

A literatura ressalta que a cessação do hábito de fumar antes dos 50 anos, somado a 16 anos de abstinência, provoca redução de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo. Quanto ao câncer de pulmão, o risco de morte sofre redução de 30% a 50% em ambos os sexos após 10 anos sem fumar (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

De acordo com o cálculo da carga tabágica, que visa a quantificar o risco para o início de doenças decorrentes do tabaco, considerando o produto do maço/dia x anos de tabagismo – vale lembrar que 1 maço contém 20 cigarros (SOUZA; CRUZ; VASCONCELOS, 2016), – a média foi maior nos participantes mais velhos, ou seja, com idade ≥ 60 anos, o que provavelmente está relacionado ao uso de tabaco por mais tempo e, portanto, a uma história mais longa de tabagismo.

Neste estudo, dos doze participantes com câncer de pulmão que pararam de fumar, oito (66,6%) deixaram de fumar há no máximo 5 anos, coincidindo com o diagnóstico de câncer. Um participante (8,3%) parou no período de 11 a 30 anos e somente um participante (8,3%) tem mais de 30 anos de abstinência.

Segundo a Vigitel (2017), no Brasil, a frequência de adultos que declararam um consumo de 20 ou mais cigarros por dia foi de 2,8%, sendo maior no sexo masculino (4,0%) do que no sexo feminino (1,8%). A faixa etária de 55 a 64 anos, tanto entre homens como mulheres, apresentou um consumo intenso do cigarro, e diminuiu com a escolaridade. Contudo, a frequência de tabagista diminuiu em média 0,62 ponto percentual ao ano e a de tabagistas de 20 ou mais cigarros por dia em 0,20 ponto percentual ao ano.

4.2 Historiograma dos participantes

Conforme Bertaux (2010), o pesquisador deve ter um caderno de campo para anotar suas observações, resultados e também reflexões. O historiograma se assemelha ao caderno de campo, o qual apresenta uma breve descrição dos participantes do estudo. Nesse sentido, destaca-se abaixo um sucinto resumo das histórias de vida dos 20 participantes do estudo a fim de facilitar a compreensão e a análise de trechos de suas narrativas. Cabe lembrar que, para garantir o anonimato, os participantes foram identificados com nomes de pedras preciosas (Quadro 2).

Quadro 2 – Historiograma dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2017 (continua)

Entrevistados	Descrição dos entrevistados
Topázio	Homem de 68 anos, branco, casado, católico. Tem 1 filho independente. Ensino médio completo, aposentado do setor administrativo. Foi fumante por 55 anos, 2 maços de cigarros/dia, parou de fumar há 1 ano, quando diagnosticado com câncer de pulmão metastático, em jul./16. Morador de Engenho de Dentro. Queixou-se de dor na perna e, antes da entrevista, mostrou-se ansioso e sucinto na sua história de vida. Diz que aceitou bem a doença, mas não menciona a palavra “câncer” e não quer saber muito sobre o seu quadro de saúde. Percebo uma pessoa que quer viver um dia após o outro sem ter que pensar na doença.

Quadro 2 – Historiograma dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2017 (continuação)

Quartzo	Homem de 60 anos, branco, católico, solteiro, mas tem um relacionamento estável, onde a companheira que cuida de tudo. Ensino médio completo, auxiliar administrativo, de licença médica. Morador de Cascadura. Diagnóstico de câncer de pulmão metastático desde set./16. Tabagista no momento, fuma há 48 anos, 2 maços de cigarros/dia. Mostra-se descuidado com os assuntos do câncer, não menciona a palavra. Perdeu a ex-mulher com câncer, da qual ele cuidou. Ficou emocionado quando falou da sua aparência atual, definindo como pele e osso, e relata grande incômodo com isso e, também, com o fato de não conseguir se alimentar por estenose do esôfago causado pela RXT. No momento, paciente muito desanimado devido à sua aparência e limitações, pouco falante e sem perspectivas. Não menciona filhos e família, refere tudo à Marilena, sua namorada companheira.
Ágata	Mulher branca com 55 anos, casada. Católica. Ensino médio completo e atua no setor administrativo. Moradora da Barra da Tijuca. Reside com a filha e o esposo. Fumou 1 maço de cigarros/dia por 10 anos, mas há 28 anos que parou. Diagnóstico de câncer de pulmão metastático desde 2011. Mostra-se confiante e quer viver. Disse que já ficou muito mal emocionalmente e que tem altos e baixos, mas tenta levar a vida normal. Ela já fez cirurgia, vários protocolos de quimioterapia oral e venosa e não obteve a cura. Mas diz estar bem no geral e espera um tratamento que vá resolver o seu câncer. Apresenta-se muito falante, mas pausadamente, sempre falando que tem fé em Deus, na família e sobre a vontade de viver e estar com as pessoas que ama.
Diamante	Homem branco. 65 anos. Nível superior incompleto, aeronauta aposentado. Divorciado. Católico. Mora sozinho na cidade de Rio das Ostras. Tem duas filhas e netos ainda crianças. Nunca fumou. Diagnóstico de câncer de pulmão desde ago./14 após exames de rotina e no ano de 2016, diagnóstico de metástase. Durante a entrevista, apresenta-se tranquilo e sucinto nas suas palavras, confiante quanto ao tratamento e mantém suas atividades diárias. Sempre acompanhado da filha que reside no Rio, relata que tem reações esperadas conforme orientações recebidas pela enfermagem.
Água Marinha	Mulher branca. 62 anos. Católica. Casada e tem 1 filho advogado. Moradora da Barra da Tijuca. Foi bancária, aposentada há mais de 10 anos, mas mantém atividades artesanais de miçangas e semijoias rendáveis. Nunca fumou. Diagnóstico de câncer de pulmão desde 2006. Segue fazendo QT até toxicidade ou progressão da doença. Muito cansada durante a entrevista, fazendo algumas pausas. Associa a doença à crise conjugal que vive há mais de 10 anos. Apresenta-se muito positiva, falante e alegre. Diz que vive um dia de cada vez, mas atualmente vive os melhores momentos da sua vida conjugal e, com isso, a doença, os tumores regrediram. Tem o filho como seu companheiro e amigo, o qual lhe dá força e que lhe tem muito cuidado.
Opala	Mulher branca de 59 anos. Psicóloga, mas no momento não atua. Solteira, mora com filha estudante de medicina no bairro da Barra da Tijuca. Fumou por mais de 40 anos 2 maços de cigarros/dia. Parou de fumar quando soube do diagnóstico de câncer de pulmão metastático em 2014. Mostra-se confiante e se emociona quando fala da filha, pois quer ver a mesma se formar. Fala do cansaço do tratamento, pois já fez RXT, radiocirurgia e quimioterapia venosa, mas entende que é necessário para manter o seu bem-estar. Relata que ainda sente alguns efeitos das QT anteriores e que segue assim.
Citrino	Homem negro. Católico. 48 anos. Ensino superior completo, agente de comércio externo ativo. Casado, com 1 filho de 9 anos, reside em Jacarepaguá/RJ. Nega tabagismo. Diagnóstico de câncer de pulmão em abr./16. Relata incômodo com os episódios de tosse durante a entrevista, mas não interferiu. Apresenta-se tranquilo e participativo, bastante confiável e interessado pelo tratamento e pelo seu quadro de saúde, fazendo buscas e questionamentos. Tem muita fé em Deus. Ficou muito emocionado quando a esposa falou do filho.

Quadro 2 – Historiograma dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2017 (continuação)

Ametista	Mulher branca. 38 anos. Católica. Casada e tem um filho de 5 anos. Empresária Comercial ativa. Fumou uma média de 7 cigarros/dia durante 10 anos, há 2 anos que não fuma quando teve o diagnóstico de câncer de pulmão em dez./15. Antes do diagnóstico de câncer, estava tratando tuberculose, quando confirmaram o câncer. Relata que o impacto do diagnóstico a fez ficar um mês isolada sem conseguir falar com as pessoas. Hoje vive um dia de cada vez. Apresenta-se muito emotiva, porém participativa na entrevista. Sente dor torácica diariamente, vive sob analgesia. Tem disfagia, mantendo refeição líquida. Diz que mesmo com as limitações da doença e do tratamento, tem muita fé em Deus.
Turmalina	Mulher branca. 70 anos. Católica. Fonoaudióloga aposentada. Moradora da Barra da Tijuca e reside com o esposo. Tem filhos e netos em SP. Nunca fumou. Diagnóstico de câncer de pulmão desde 2012. Fez tratamento oral e hoje faz quimio venosa. Relata desconforto ao falar sobre o assunto. Apresenta-se bem cansada, com dores e desanimada, pois saiu de uma internação há dois dias em SP, mas ainda se sente muito mal. Mesmo assim, mostrou-se tranquila e participativa durante a entrevista.
Hematite	Homem moreno. 81 anos. Assistente social aposentado. Casado, tem 2 filhas independentes e netos. Morador da cidade do Rio de Janeiro. Não fuma há mais de 40 anos e informa que fumou 1 maço por semana por uns 5 anos. Teve o diagnóstico de câncer de pulmão metastático em out./2014 e a partir desse período segue acompanhado por médico e fazendo quimioterapia. Mostra-se tranquilo e participativo, adaptado ao tratamento. Agradece muito o apoio e o cuidado da família, principalmente da esposa. Queixa-se da distância e do gasto que tem para ir fazer o tratamento, mas entende que é necessário.
Safira	Mulher Branca. 56 anos. Solteira. Espírita. Ensino médio completo. Funcionária pública na função de auxiliar de enfermagem licenciada. Soube do diagnóstico de câncer de pulmão em ago./2015. Nesse momento teve muito apoio da família e fé em Deus. Relata que o médico ficou surpreso por ainda estar viva, pois pela agressividade do tumor ela viveria por 1 mês e meio no máximo. Fuma desde os 15 anos e hoje conseguiu diminuir para ½ maço/dia. Mostrava-se falante, ansiosa e um pouco agitada durante a entrevista. Tossia um pouco, o que a deixou um pouco cansada.
Pérola	Mulher branca. Casada. 62 anos. Católica. Ensino médio completo. Do lar. Nunca fumou. Moradora de Jacarepaguá, reside com 2 pessoas. Diagnóstico em julho de 2015 e a partir disso teve várias mudanças na sua vida e da família como, por exemplo, mudar-se para uma casa sem escada, mais cômoda e a saída da irmã do emprego para cuidar dela. Mostra-se às vezes inconformada com a doença, questionando o porquê. Mas logo se dizia confiante em Deus e agradecida pelo apoio e cuidado dos familiares. Fala com conformidade sobre ter que fazer tratamento até o final da vida. Sente muita dor nas pernas ocasionada por distúrbios vasculares, mas não deixa de sair por conta disso. E agora faz acompanhamento com a clínica da dor. Mostrou-se muito falante e algumas falas emocionada.
Olho de tigre	Homem Branco, 60 anos, vive uma união estável há 18 anos. Diz ser católico não praticante. Reside na cidade do Rio de Janeiro. Ensino fundamental, auxiliar administrativo, no momento está licenciado das suas atividades. Diagnóstico de câncer de pulmão desde 2014 e no ano de 2016, após exames, a doença avançou para um quadro de metástase. Responsabilizou-se por estar doente, pois fumou uma média de 2 maços de cigarros/dia durante 37 anos, porém há dois anos que não fuma. Mostra-se colaborativo durante a entrevista, se colocando à disposição. Demonstrou-se conformado com a doença e segue com o tratamento e com o apoio da família.

Quadro 2 – Historiograma dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2017 (conclusão)

Jaspe	Homem branco. 57 anos. Católico. Superior completo. Vendedor, licença médica. Divorciado, tem filhos adultos e independentes financeiramente, reside sozinho na cidade do Rio de Janeiro. Fumou 2 maços de cigarro/dia durante 25 anos, mas há 10 anos que não fuma mais. Diagnóstico de câncer de pulmão desde fev./2017. Durante a entrevista, mostrou-se falante, porém bastante ansioso e confiante quanto à regressão da doença. Demonstrou estar surpreso com o diagnóstico, pois havia parado de fumar há 10 anos.
Jade	Homem branco de 70 anos. Católico. Técnico de informática aposentado. Casado. Morador de Cabo Frio, reside com 3 pessoas. Fumante há 55 anos, 1 maço de cigarro/dia, parou quando teve o diagnóstico de câncer de pulmão em nov./2016 e desde então não teve mais sossego. Relata que são muitos exames e visitas médicas, e como reside longe, o tratamento fica muito dispendioso. Mostrou-se reticente em relatar a sua história de vida.
Rubi	Homem branco de 76 anos. No momento diz não ter religião. Casado, morador da Praça Seca e reside com 2 pessoas. Serralheiro aposentado. Tabagista por mais de 40 anos, 2 maços de cigarros/dia, mudou de hábito quando recebeu o diagnóstico de câncer de pulmão metastático em fev./2017. Durante a entrevista, com muita tosse e um pouco fadigado, mostrando-se pouco participativo, olhar para baixo, desesperançoso. Fala que não queria fazer quimioterapia, e que preferia deixar a morte chegar, mas por insistência médica e da família, está fazendo. Ressalta um ponto positivo do tratamento, pois teve melhora da dor insuportável na região dorsal.
Turquesa	Mulher branca de 64 anos. Católica. Viúva. Professora pensionista. Moradora do Méier, cidade do Rio de Janeiro. Tabagista por 40 anos, 1 maço de cigarro/dia, parou quando teve o diagnóstico de câncer de pulmão metastático em abr./17. Não tem filhos e nem irmãos. O marido faleceu de câncer de próstata. Os pais, depois de muitos problemas de saúde, também faleceram, o que considerou como grandes perdas na sua vida. Apresenta-se bem cansada e com alguns episódios de tosse durante a entrevista. Mostrou-se falante e participativa. Diz ter uma vida sozinha, pacata e limitada por conta do cansaço, da escoliose agravada e de uma dor no braço direito que tem alguma melhora com a morfina. Contudo, se acha ativa, principalmente dentro da religião, a qual também conta com o apoio dos irmãos da igreja e ama cuidar dos seus animais de estimação.
Esmeralda	Mulher branca. 75 anos. Viúva pensionista. Do lar. Moradora de Jacarepaguá com 3 pessoas. Teve o diagnóstico de câncer de pulmão em jun./2012 e no ano de 2015 foi diagnosticada a metástase. Ex-tabagista há uns 20 anos, mas foi fumante por 30 anos, 1 maço de cigarro/dia. Apresentou-se tranquila durante toda entrevista, mas no final, após encerrar a gravação, ela solicitou que gravasse mais um pouco, se emocionando. Relata que nesses anos todos fez várias tentativas com quimioterápicos orais vivenciando reações muito ruins. Agora está esperançosa com a QT venosa e acredita que terá ótimos resultados. Mostrou-se falante e animada quando lembra que não está com as mesmas reações do tratamento oral, as feridas.
Ônix	Homem de 62 anos, branco, católico, casado. Reside em Maricá com a esposa que é enfermeira. Ensino médio completo, comerciante aposentado. Teve o diagnóstico de câncer de pulmão desde fev./2017. Ex-tabagista há 5 anos, mas foi fumante por 42 anos, 1 maço de cigarro/dia. Parou a atividade física quando descobriu o diagnóstico. Mostrou-se falante e participativo mesmo com o esforço para falar. Está esperançoso para o término do tratamento e a recuperação da saúde.
Lápis lazúli	Homem de 77 anos, branco, católico, casado. Reside com a esposa. Advogado. Ex-tabagista há 30 anos, mas foi fumante por 30 anos, 2 maços de cigarro/dia. Há 6 anos pratica pilates 2x por semana. Teve o diagnóstico de câncer de pulmão desde nov./2014. Mostrou-se falante e participativo, porém bastante preocupado com uma alteração no marcador. Diz aguardar resultados de exames para saber o que houve.

Fonte: CORDEIRO, 2017.

4.3 Análise das narrativas

Para o processo analítico, foi utilizada a análise temática, a qual consiste em reproduzir em cada narrativa de vida as passagens concernentes a tal ou qual tema, buscando comparar depois os conteúdos destas passagens de uma narrativa a outra (BERTAUX, 2010).

Conforme Bertaux (2010), no momento da análise deve-se considerar que a pessoa, ao narrar um percurso de sua vida, explicita acontecimentos significantes e sua ordem temporal. Em suma, a narrativa espontânea permite que a pessoa possa caminhar por distintos assuntos, ir adiante e depois retroceder, com isso, torna-se necessário que o pesquisador desenvolva suas próprias técnicas gráficas para representar a estrutura diacrônica de um percurso.

A diacronia se refere à sucessão, ao longo do tempo, dos acontecimentos com relações de antes e depois. No percurso da entrevista, há de se oportunizar que o entrevistado ofereça os elementos necessários para a reconstrução da diacronia, e não o importunar com constantes perguntas sobre as datas precisas de tal ou qual acontecimento (BERTAUX, 2010).

Desse modo, a pesquisadora aprofunda-se na narrativa de vida de cada participante e constrói paulatinamente a representação sociológica do objeto, a qual exige uma compreensão profunda de cada narrativa e menos procedimentos técnicos (BERTAUX, 2010).

Bertaux (2010) afirma que um dos desafios da análise está na identificação de questões individuais que marcaram a experiência de vida e que configuram os detalhes. Contudo, todas as significações que uma narrativa oculta nos conduzem à construção de um imaginário e aguçam nossa interpretação pertinente ao objetivo do estudo da pesquisa, conferindo-lhes status de indícios.

Importante também é a orientação de que devemos “transcrever” e “retranscrever” as histórias de vida, visto que, ao transcrever, faz-se o ato de gerar um resultado e, quando retranscreve, entende-se que cada leitura revela novos conteúdos semânticos (BERTAUX, 2010).

Após a transcrição das entrevistas, Minayo (2010) considera três etapas, sendo a primeira etapa aquela em que será realizada a leitura flutuante dos relatos, que permitirá o surgimento de temas em comum nos relatos. A segunda etapa trata-se da codificação e recodificação e, por último, o agrupamento das categorias temáticas, responsáveis pela especificação dos temas.

Face ao exposto, depois da leitura flutuante e exploração do material transcrito, objetivando impregnarmos dos relatos, iniciamos a análise dos dados. À medida que realizava

as leituras, realizei a técnica de marcação com preenchimento colorido, identificando as unidades temáticas. Foi do movimento desta codificação que emergiram 36 unidades temáticas (Quadro 3).

Quadro 3 – Unidades temáticas

UNIDADES TEMÁTICAS	
1. Aceitação da doença	19. Descoberta da doença
2. Investigação do processo de adoecimento	20. Estigma negativo da doença
3. Fé, religiosidade ou barganha	21. Desespero
4. Aspecto positivo do tratamento	212Espírito de luta
5. Sentimento de incapacidade	23. Resiliência
6. Orientações de enfermagem	24. Impacto da progressão da doença
7. Reconhecimento da enfermagem	25. Valores emocionais e religiosos
8. Família como rede de suporte	26. Equipe multidisciplinar como rede de apoio
9. Negação da doença	27. Repercussão da enfermagem
10. Vivência da doença através de uma pessoa próxima	28. Autoimagem afetada
11. Restrições das atividades individuais	29. Autocuidado
12. Tabagismo ou habito de fumar	30. Privação do convívio social
13. Aspecto do adoecimento	31. Desistência de viver
14. Susto	32. Culpa
15. Prevenção de agravos	33. Expectativa de cura
16. Pontos negativos do tratamento	34. Esperança
17. Cuidados de enfermagem	35. Apreensão pelo desconhecido
18 – Depressão	36- Raiva e revolta

Fonte: CORDEIRO, 2017.

Estabelecidas as unidades temáticas, realiza-se nova leitura das entrevistas na íntegra, comparando as unidades temáticas, o que possibilita descobrir novo tema para a construção dos agrupamentos das unidades temáticas que emergiram (BERTAUX, 2010). Após este movimento, cheguei a quatro agrupamentos, que foram denominados recodificação (Quadro 4).

Quadro 4 – Recodificação das Unidades Temáticas

AGRUPAMENTOS / SÍNTESE	
1. A trajetória do processo saúde-	Privação do convívio social
Aceitação da doença	Vivência da doença através de uma pessoa
Investigação do processo de adoecimento	Restrições das atividades individuais
Tabagismo ou habito de fumar	Pontos negativos do tratamento
Depressão	Raiva e revolta
Aspecto do adoecimento	Apreensão pelo desconhecido
Susto	4. Enfrentamento do adoecimento
Negação da doença	Espírito de luta
Estigma negativo da doença	Resiliência
Descoberta da doença	Impacto da progressão da doença
2. O processo de enfermagem	Fé, religiosidade ou barganha
Orientações de Enfermagem	Valores emocionais e religiosos
Reconhecimento da enfermagem	Equipe multidisciplinar como rede de apoio
Prevenção de agravos	Família como rede de suporte
Cuidados de enfermagem	Desistência de viver
Repercussão da enfermagem	Desespero
Autocuidado	Autoimagem afetada
3. Adequações à nova vida	Culpa
Aspecto positivo do tratamento	Expectativa de cura
Sentimento de incapacidade	Esperança

Fonte: CORDEIRO, 2017.

Após a realização do agrupamento e de nova leitura, emergiram duas categorias analíticas: Categoria 1. As etapas do processo de adoecimento e o cuidado de enfermagem. Categoria 2. Enfrentamento do adoecer e as adaptações à nova condição de vida.

4.3.1 Categoria 1- As etapas do adoecimento e cuidado de enfermagem

Esta categoria emergiu a partir de 16 unidades temáticas, com o propósito de demonstrar o entendimento das pessoas com câncer de pulmão e como elas se referem ao cuidado de enfermagem sobre os aspectos do processo de adoecer e o tratamento.

As narrativas de vidas de vida trazem enriquecidas informações sobre o processo de adoecimento, tratamento e cuidado individualizado. Baseado nestas histórias, o enfermeiro

traça suas intervenções para o autocuidado, capacitando as pessoas para serem ativas no seu processo de tratamento.

O paciente, ao chegar à unidade de quimioterapia, é recebido pela enfermeira e neste primeiro contato se estabelecem as relações de cuidados. Este contato se dá na consulta de enfermagem, na qual é estimulado a compartilhar suas experiências, dúvidas e medos. A partir das histórias colhidas e do projeto terapêutico traçado, o enfermeiro orienta e divide experiências e vivências bem-sucedidas e, com isso, desfaz estigmas e atribui esperança e confiança.

A pessoa, ao constatar o adoecimento, vivencia uma transição do antes com saúde e o agora, adoecida, e aos poucos percebe a complexidade e o pesar da doença, principalmente, quando além da área biológica, a área social, econômica e também a cultural sofrem mudanças por este momento (FERREIRA et al., 2014).

Espera-se dos profissionais de saúde, que lidam com estas situações, que ajudem as pessoas adoecidas em suas perspectivas, de modo que seus temores, preocupações e necessidades sejam amparados; e influenciem positivamente na vida delas e, em continuidade, na adesão e expectativa do tratamento (FERREIRA et al., 2014). Com isso, cabe aos profissionais de saúde uma atenção adequada e a compreensão destes indivíduos em suas múltiplas dimensões.

Observar as narrativas de vida destas pessoas é transitar em um mundo desconhecido e conhecer os caminhos que elas percorreram em várias etapas ao longo do adoecimento, conforme pode ser observado a seguir:

Então [o médico] me disse que faria uma broncoscopia, porque diante do R-X tinha algumas coisas cristalinas que não eram provenientes de pneumonia ou alergia. Quando o médico viu a broncoscopia, ele detectou alguns adenocarcinomas. Ali, de imediato, já mudou todo o tratamento no pulmão direito, realmente havia um tumor (Citrino).

Descobri a doença em dezembro de 2015, comecei a ficar doente em outubro, começou com uma pneumonia, não tinha imagem sugestiva de tumor, mas todos os sintomas eram sugestivos porque eu tinha uma tosse constante que não parava nunca. Comecei o tratamento para tuberculose. Fiz uma broncoscopia e, na verdade, não entenderam que era um tumor em princípio, acharam que era uma lesão de tuberculose. Quando colheram a biópsia, foi para certificar a tuberculose, no final das contas era o tumor (Ametista).

Bem, comecei com muita tosse, muita tosse. Fui ao médico, ele me examinou e disse que não era nada, não. Pediu um exame, teve uma manchinha no pulmão, mas disse que era bobagem, a princípio não era. E esse “não é nada não”, eu vim descobrir mais à frente que era um adenocarcinoma (Turmalina).

As etapas do adoecimento apresentadas nas narrativas acima sinalizaram a dificuldade das pessoas de receberem um diagnóstico preciso que pudesse oferecer o início imediato do tratamento. Foi possível perceber, durante as entrevistas, o quanto foi penosa a descoberta da doença e a busca pelo melhor tratamento para o aumento da perspectiva de cura.

Na fase inicial, existe a percepção de que algo em sua saúde não está nada bem e suspeitam que alguma coisa está diferente em seu corpo. Expressam os primeiros sinais e sintomas da manifestação da doença, como tosse persistente, fadiga ou mudanças no quadro clínico, por exemplo. Em seguida, acontece a constatação ou até mesmo uma descoberta ocasional de um tumor que até então era desconhecido.

Assim, pudemos compreender, através das narrativas, o quanto foi difícil para a pessoa deixar de tratar uma pneumonia ou alergia ou tuberculose, como nos casos citados acima, e receber a notícia de que, a partir daquele momento, os exames e o tratamento medicamentoso estariam direcionados para um câncer de pulmão, conforme ilustrado na fala da Esmeralda:

Agora você saber que tem um nódulo e que tem câncer é um baque. Não é fácil. Você tem que respirar fundo! E seguir em frente, pois é para a frente que a gente vai. E encarar a vida do jeito que ela é, veio e que está se apresentando. Mas não é fácil (Esmeralda).

Entende-se que estes fatos intrigam e levam preocupações às pessoas. O enfermeiro que recebe este paciente pode acolher essa pessoa da melhor forma possível e contribuir com informações para ampliar o conhecimento do paciente sobre o processo de adoecimento, a trajetória da patologia e o tratamento. Desse modo, segundo Pender (2012), quando as emoções positivas estão associadas a um comportamento ativo, a probabilidade de compromisso e ação é aumentada. Essa forma de acolhimento proporciona aproximação, gera confiança e fortalece a relação.

A pessoa, ao receber o diagnóstico se apavora, o que é esperado. A expectativa de vida incerta e o constante medo da morte são ameaçadores. Todo o contexto do adoecimento e diagnóstico pode gerar vários sentimentos e reações como o estresse, depressão, desânimo, sensação de desalento, raiva, ansiedade, irritabilidade.

A literatura refere que algumas pessoas convivem com alterações da saúde por meses e demoram a procurar o serviço de saúde em busca de tratamento e muitas, ainda, se automedicam e tratam como se soubessem do diagnóstico. Isso acarreta custos, desgaste emocional e demora no início do tratamento adequado do câncer de pulmão (Brasil, 2013).

O sintoma mais comum para este tipo de câncer é a tosse, que ocorre quando o tumor bloqueia a passagem de ar, porém outro sintoma frequente é a dor persistente no tórax, acompanhada ou não de tosse acrescida de dispneia, hemoptise, rouquidão e edema de face e pescoço (SABAS et al., 2012).

A descrição das experiências vividas por cada pessoa admite o que chamamos de diacronia, na qual a pessoa conta determinada parte de sua história sem se preocupar com uma linha cronológica (BERTAUX, 2010). Assim, as narrativas de Citrino e Ametista dão uma ideia de três meses de peregrinação entre internações, um exame e outro, lembrando que o estudo foi realizado numa rede privada.

Contudo, após o exame de broncoscopia, realizada para avaliar a árvore traqueobrônquica e, eventualmente, permitir a biópsia, receberam o diagnóstico conclusivo. Conforme Sabas et al. (2012), além da anamnese e do exame físico, os exames para confirmação diagnóstica do câncer de pulmão são: radiografia de tórax; tomografia computadorizada de tórax e do abdome superior; citologia de escarro; citologia de líquido pleural, punção biópsia pulmonar e broncoscopia com biópsia, não necessariamente nesta ordem.

Porém ainda existem pacientes em que não se consegue estabelecer o diagnóstico pelos métodos antes referidos; nestes casos, pode ser necessária a biópsia por mediastinoscopia, toracoscopia ou toracotomia. Eventualmente, no paciente que apresenta nódulo pulmonar solitário, o diagnóstico é feito após sua cirurgia de ressecção (SABAS et al., 2012).

O adoecimento gera inúmeros sentimentos e questionamentos. Cada pessoa refere o seu adoecimento caracterizando situações antes não vividas e atribuindo outras ao adoecimento. Desta forma, uns acreditam que o adoecer com câncer é resultado de sentimentos negativos, outros associam ao acaso.

Desde o dia que eu recebi essa notícia, de como eu estava, não me desesperei. Aceitei bem, estamos aqui para viver essas coisas mesmo e até hoje sou conformedo e graças a Deus estou me recuperando bem, muito bem (Topázio).

Dizer que eu tenho câncer porque foi mágoa, porque essa pessoa é assim ou porque eu me separei. Nada a ver. Então acredito muito em Deus. Era minha hora e quem estava passando na hora era eu e pronto. Agora vamos tratar e rezar todo dia para acordar. É essa fé que eu tenho. Eu vou conseguir, eu posso até reclamar e eu tenho o direito de reclamar. Mas eu tenho certeza que vou ficar boa (Opala).

Você vai vendo o tempo passar e vai vendo que “a coisa” não é tão ruim quanto parece. Depois também fiquei pensando o seguinte: eu vou morrer, meu câncer é incurável por conta das metástases e principalmente metástase no fígado. Se eu ficar

pensando que vou morrer, vou morrer, eu não vou viver, vou entrar em depressão, ou seja, em uma situação pior que o câncer (Ágata).

Eu fui criada na igreja evangélica, meu avô passou muita coisa para a gente. Eu acredito que o câncer que tive, ainda tenho, foi porque eu comecei a ver que meu casamento estava indo por “água abaixo”. Eu via meu marido mais fora do que dentro de casa e isso foi me incomodando. Eu acho que essa mágoa resultou nisso (Água Marinha).

A representação da doença para cada um dos entrevistados tem a sua forma de entendimento e visão de mundo. Percebe-se que o diagnóstico na vida de uma pessoa ocasiona muitos desequilíbrios e diferentes interpretações. Alguns aceitam passivamente, outros demonstram indignação, se seguram na fé, na religiosidade, mas todos ficam preocupados com os modos de viver.

Culturalmente, o acometimento por câncer remete a uma causa diferente da literatura médica. É comum ouvir histórias de pessoas acometidas atribuindo o câncer a diferentes fatos, trazendo à tona seus motivos religiosos, ou de cunho pessoal, ou psicológicos, e de maneira ímpar no contexto de vida, mostrando os múltiplos entendimentos da doença.

O modelo biomédico entende o corpo humano por órgãos, fragmenta o corpo em partes que representam o local de início e desenvolvimento da doença, sem compreender como este órgão atua no funcionamento complexo da pessoa em que se desenvolve a doença. Em contrapartida, outras áreas do conhecimento compreendem que as experiências vividas podem afetar o processo de adoecer de maneira singular e em conformidade com o contexto de vida e relações interpessoais de cada pessoa (REY, 2015).

Em meio às circunstâncias do câncer, várias representações e crenças fazem parte do imaginário social e individual, porém não significa que sejam subjetivadas da mesma forma por todas as pessoas que têm a doença, pois a história vivida e o seu momento atual de vida são peculiares de cada indivíduo (MORI, 2015).

Nesta perspectiva, é essencial que o enfermeiro compreenda as experiências vividas pelas pessoas adoecidas. Os múltiplos entendimentos da ocorrência da doença são individuais e estão atrelados a valores, cultura e crença, portanto, devemos considerá-los seres humanos multifacetados.

Esse entendimento remete a promoção da saúde, o profissional disponibiliza as orientações, certificando que seus costumes não irão comprometer as intervenções para o autocuidado, pois, segundo Pender (2012), entendemos que as pessoas desenvolvem a capacidade de autoconsciência reflexiva e criam condições de viver através das quais elas podem expressar seu potencial humano exclusivo.

Diante do adoecimento, as pessoas também apresentam narrativas sobre suas experiências e hábitos de vida depois da descoberta da doença, conforme evidenciado a seguir:

Estou tentando parar de fumar, diminuindo bastante, são 48 anos que eu fumo. E eu sei que isso está me fazendo mal (Quartzo).

Eu fumei durante muito tempo e, logicamente, o vício teve um efeito. Eu peguei isso meio que no susto, apesar de que eu já sabia que a origem era daí, mas tive muita boa orientação e assimilei bem. Logo na primeira consulta o primeiro contato que eu tive com a doença foi bem explicado e eu já tinha, obviamente, consciência que isso foi coisa provocada por meu vício mesmo (Olho de tigre).

A minha vida em relação à doença pode se resumir no hábito de fumar, que eu aconselharia todo mundo evitar isso (Jade).

Nunca senti nada, nem sabia que tinha essa doença no pulmão. Esse ano 2017 completa dez anos que eu parei de fumar, pois fumei durante 25 anos dois maços por dia. Eu fumei muito (Jaspe).

A partir das narrativas, é possível perceber o entendimento das pessoas sobre o impacto do tabagismo no diagnóstico do câncer de pulmão, diante do conhecimento de que o tabagismo é o maior responsável, não só para o desenvolvimento do câncer pulmonar, mas também para outros tipos de cânceres.

Ainda é possível observar, por meios das narrativas, o quanto é difícil abandonar a dependência do fumo mesmo com o adoecimento por câncer de pulmão. Dessa forma, o tabagismo, presente nas histórias de vida de 75% dos participantes deste estudo, será visto conforme a Política Nacional de Controle do Tabaco (2014), como a principal causa de câncer de pulmão.

O estudo mostra que, do mesmo modo que Quartzo, mais dois entrevistados continuam dependentes do cigarro. Esperávamos que todos os entrevistados tivessem, em algum momento de suas vidas, abandonado o hábito de fumar, pois o tabagismo, segundo Souza, Cruz e Vasconcelos (2016), está associado a outros tipos de cânceres como também a outras doenças letais. Considera-se, ainda, que as pessoas que continuam tabagistas apresentam um pior prognóstico do que aquelas que não são mais.

Outro fator a considerar é a interação do fumo com a quimioterapia, pois os níveis plasmáticos mais baixos sugerem um risco aumentado de falência de quimioterapia, pois o efeito da fumaça do tabaco sobre o metabolismo da droga deve ser levado em consideração (ANDREAS et al., 2013).

Entre tantos motivos relevantes, a melhor forma de evitar que mais pessoas sofram as consequências desta doença é a prevenção primária, reduzindo o tabagismo. Dessa forma, as

ações de promoção da saúde devem identificar as influências situacionais no ambiente externo que possam aumentar o compromisso ou a participação da pessoa no comportamento para o autocuidado (PENDER, 2012).

Nesse caso, a consulta de enfermagem é um elo para a execução da promoção da saúde de modo que o enfermeiro atue no processo de conscientização quanto à cessação do hábito de fumar e ao encaminhamento para grupo de apoio ou de ajuda mútua.

Em contrapartida, as pessoas podem não estar dispostas a tentar parar de fumar por inúmeras razões. Podemos citar a falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabaco, a não percepção de como estes efeitos são relevantes para sua saúde pessoal, a falta de recursos financeiros para o tratamento medicamentoso e o receio ou a desmotivação por fracassos em tentativas prévias (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014).

A Política Nacional de Controle do Tabagismo (2014) preconiza uma intervenção motivacional, o que proporciona uma oportunidade para o profissional de saúde educar e tranquilizar o paciente baseado nos cinco Rs seguintes: relevância, riscos, recompensas, bloqueios (*roadblocks*) e repetição. A eficácia da intervenção depende de um profissional empático e que promova a autonomia do paciente, evite argumentos e apoie sua autoeficácia.

Convém lembrar que a luta contra o tabaco ainda necessita de outros avanços, visto que o Brasil ainda ocupa a 9ª posição no *ranking* mundial de consumo de cigarros e é a terceira posição como produtora mundial. A OMS incentiva os países a priorizarem e acelerarem os esforços para combater o uso de tabaco, no âmbito das medidas relacionadas com a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Cabe ressaltar a Lei Federal Antifumo como uma das estratégias realizadas pelo governo, aprovada em 2011, que proíbe o ato de fumar cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilés e outros produtos derivados em locais de uso coletivo, públicos ou privados, totalmente ou parcialmente fechados, em qualquer um de seus lados, por uma parede, divisória, teto ou toldo, bem como em *halls* e corredores de condomínios, restaurantes e clubes, e proíbe também o uso de fumódromos (BRASIL, 2011).

Ainda sobre o impacto do adoecer com câncer, as narrativas de vida mostram que, após a confirmação da doença, inicia-se a etapa da realização de inúmeros exames para definição do tratamento mais adequado, conforme pode ser observado a seguir:

Comecei fazendo uma série de exames. Até o médico saber qual seria a medicação mais adequada, fiz uma bateria de exames, vários. Agora até não me recordo, mas tinha os aspirados brônquicos, o PET-SCAN, tudo para poder elaborar o melhor tratamento (Hematita).

Fiz exames de R-X, tomografia computadorizada, PET-SCAN e realmente acusou esse nódulo no pulmão de 3 cm, porém quando eu operei já estava 5 cm (Safira).

Agora vou fazer uma ressonância magnética amanhã e tomografia, porque tinha diminuído o CEA, agora o CEA aumentou e ela preferiu fazer uma ressonância com a tomografia (Lápis Lázuli).

Percebe-se nas narrativas que durante todo o processo de adoecimento, diagnóstico, tratamento e, também, na reabilitação, a pessoa com câncer percorre um caminho desafiador, envolvendo a realização de vários exames com diversas repercussões em seu cotidiano, pois há exames que necessitam de jejum prolongado, demandam muitas horas para sua realização, muitos destes requerem acompanhamento de familiar, o que, para algumas pessoas, pode ser um problema. Ressalta-se ainda que muitos exames causam dor e desconforto ao paciente.

Além disso, existe muita expectativa em cada exame realizado, independente do momento em que o paciente se encontra. Conforme a narrativa de Hematita, os exames foram solicitados antes da quimioterapia, mas podem ser solicitados durante e após os ciclos de medicação para maior controle e adequação do tratamento, caso haja necessidade.

A narrativa de Safira nos chama atenção para a realização de exames pré-operatórios, quando a remoção do tumor ocorre antes da quimioterapia. Em alguns casos, a confirmação da doença e a pesquisa do tipo celular ocorrem através deste procedimento. A vivência do Lápis Lázuli narrada está relacionada com alterações nos exames laboratoriais, sendo, portanto, solicitados exames de imagens.

A solicitação ou a interpretação dos exames não compete ao enfermeiro, porém, no tratamento do dia a dia, os pacientes demonstram desgastes físicos e psicológicos após realização de exames que se repetem muitas vezes ao longo de toda a etapa.

Convém lembrar que a percepção do desgaste físico ocorre ao iniciar o tratamento quimioterápico, quando o paciente se encontra com os dois braços com hematomas devido às tentativas de punção nos locais de exames, ou então, com queixas de dor e abatidos pela manipulação durante o exame. Isso tudo atribui ao enfermeiro uma ação integrada que proporcione a construção de novos saberes ao cuidado realizado a estas pessoas, para amenizar estes danos e promover o conforto e um acolhimento mais humano a cada situação apresentada.

Ao fator psicológico, atribuímos o medo, as incertezas e a esperança. Para Sales et al. (2014), este tem um efeito benéfico na saúde das pessoas com câncer, por fortalecer a

capacidade delas de lidar com situações de crise, determinar objetivos saudáveis e fazer a manutenção da qualidade de vida.

Sales et al. (2014) complementam com a busca contínua do ser humano pela esperança, como força para seguir lutando contra a doença que se instala e, muitas vezes, é enfrentada com um brilho nos olhos, desejando-se acima de tudo a cura, mas, na impossibilidade da mesma, ocorre o desejo da estagnação do tumor ou que não ocorra recidiva.

Nesse sentido, com o avanço da ciência e tecnologia, houve melhoria dos meios diagnósticos e do tratamento, culminando na cura de diversos tipos de câncer, dentre eles, o câncer de pulmão, aumentando a expectativa média de vida (NATIONAL LUNG CANCER FORUM FOR NURSES, 2017).

Entretanto, a ciência ainda não conseguiu eliminar o efeito tóxico dos quimioterápicos. Alguns destes efeitos são percebidos imediatamente pelo paciente, outros são tardios. As narrativas abaixo elucidam alguns destes aspectos colaterais:

Faltando 10 min. para acabar, comecei a sentir uma coceira e a minha veia inchou um pouco, da mão direita. Falei para a Marilene e ela me pediu para não coçar. Então “eu falei: tem que chamar a enfermeira ali, está estranho, coçando muito e essa veia está inchando um pouquinho”. O pescoço ficou vermelho e ela viu e chamou a enfermeira. Retiraram o medicamento rapidinho e colocaram o antialérgico, depois sumiu esse vermelhão (Quartzo).

Na verdade, não sei se é forte ou se sou eu que estou fraca demais, ou se meu organismo já está fraco. Acontece que eu quase não me alimento. Eu sinto um gosto muito ruim na boca que tira o meu paladar (Água Marinha).

Sempre tem efeitos colaterais. Nunca estou ilesa, eu não tomo uma medicação e fico uma beleza. Eu já fico preparada, uns mais, outros menos. A que eu estou fazendo hoje dá muito problema de digestão, muito cansaço, dá um pouco de dor nas pernas e no corpo (Ágata).

Percebemos nas narrativas o quanto os efeitos tóxicos da quimioterapia incomodaram os participantes do estudo. Dos 20 entrevistados, 14 relataram alguma experiência de toxicidade durante seu tratamento, de forma que, durante as entrevistas, cada entrevistado apresentou uma média de mais de duas falas sobre este evento. Os efeitos mais referidos pelos participantes do estudo foram náusea e vômito, constipação, perda do apetite, neutropenia, fadiga e cansaço.

A quimioterapia, como se sabe, é uma modalidade de tratamento que muda a dinâmica do dia a dia das pessoas que a realizam. Segundo Crisanto (2012), a droga quimioterápica ideal deveria erradicar as células cancerígenas sem danificar os tecidos normais, ou seja, sem

causar toxicidade no organismo. Entretanto, tal agente não existe e os medicamentos existentes sempre afetam, de alguma forma, as células normais.

No âmbito da promoção da saúde, a prevenção secundária envolve ações para o diagnóstico precoce e tratamento, baseada no rastreamento (BRASIL, 2014). No que diz respeito ao tratamento, o paciente que irá iniciar a quimioterapia recebe as orientações durante a consulta de enfermagem após o enfermeiro realizar a anamnese e identificar as áreas que necessitam de intervenção, de forma a prevenir maiores agravos ao paciente.

Na narrativa de Quartzzo, o evento narrado tratou-se de uma reação relacionada à medicação e que, até um certo grau, podemos dizer que foi esperada e é comum. Com isso, a possibilidade de ocorrer qualquer evento durante o período ou após a infusão do quimioterápico deve ser mencionada para o paciente e o seu familiar para que eles, diante de uma situação de risco suspeita, possam sinalizá-la aos profissionais de saúde.

Dessa forma, acreditamos na promoção da saúde, nos serviços de saúde de atenção secundária, na qual o paciente participa do processo. Pender (2012) enfatiza que as pessoas são mais dispostas a se comprometerem com comportamentos que promovam a saúde quando outros modelam o comportamento, esperam que ele ocorra e oferecem meios de resolução.

Uma das desvantagens da quimioterapia se relaciona à citotoxicidade não específica destas drogas, ocasionando a morte celular maciça, que resultará no esgotamento significativo de energia para pessoas submetidas a este tipo de tratamento (CHAN et al., 2016).

As narrativas de Água Marinha, que trata a doença há 11 anos, e de Ágata, que trata há 5 anos, corroboram os estudos de Chan et al. (2016), pois ressaltam que é preciso fornecer toda informação e suporte necessários ao paciente e aos seus familiares de modo que venham repercutir em um tratamento com maior segurança e tranquilidade.

Espera-se que os efeitos colaterais desapareçam após a conclusão de todo o tratamento proposto, porém alguns efeitos demoram meses ou anos. Conforme Guimarães et al. (2015), por outro lado, os relatos de dores, anorexia, ansiedade, dispneia e disfagia podem estar relacionados tanto com o tratamento quanto com a doença de base.

No conjunto das atividades desenvolvidas, a enfermagem ressignifica a promoção da saúde, direcionando uma avaliação aos fatores psicológicos, que incluem a autoestima e a automotivação do paciente, contribuindo para a previsão do comportamento de saúde que se quer alcançar. Porém, é necessária a percepção do estado de saúde do paciente, pois é o que determinará o alcance da mudança de comportamento (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

O enfermeiro promove saúde e autocuidado durante todo o processo, auxiliando as pessoas em tratamento quimioterápico a se reconhecerem enquanto responsáveis pelas mudanças em suas próprias vidas, participando ativamente de toda a dinâmica, reelaborando seus modos de viver, os hábitos de vida no sentido de se manterem saudáveis com autonomia para gerenciarem a sua saúde.

Considerando a singularidade na vivência do tratamento, observa-se através das narrativas o relacionamento estabelecido entre o paciente e o enfermeiro, cujas ações contribuíram para a melhoria de vida e para a autoeficácia de cada pessoa, como evidenciam as narrativas abaixo:

Tive contato primeiro com a enfermagem e falou o que eu iria sentir. Que eu iria ter enjoo, vomitar, mas que eu não iria ter mais ferida, como realmente não tenho mais. É uma sensação de vida muito melhor, apesar dos vômitos (Esmeralda).

A enfermeira passou uma série de informações, você vai sentir muito enjoo durante o dia, durante mais ou menos cinco dias. Passou toda informação sobre a melhor maneira de lidar, de como funciona na prática, no dia a dia, você tem que se alimentar bem, mas enjoada você não consegue comer de tudo (Ametista).

As orientações de enfermagem já informavam sobre os sintomas. O enjoo, essas coisas assim. Sentia depois dos primeiros cinco dias até o décimo dia do tratamento. Muito enjoo mesmo (Diamante).

Diante destas narrativas, é possível inferir que os sintomas e as preocupações estão incorporados no processo de tratamento e que exigem uma abordagem com intervenções necessárias para que o paciente melhore a sua condição de vida.

Dentre outras narrativas, destacamos acima as narrativas de Esmeralda e Ametista que falam sobre os enjoos, considerando que estas toxicidades gastrointestinais foram as mais citadas nas histórias de vida dos entrevistados. Stefani, Lorandi e Ferla (2017) chamam a atenção para a qualidade de vida destes pacientes ser drasticamente afetada caso estas reações agudas, que se apresentam até 24 horas depois da infusão dos quimioterápicos, ou tardias, que se apresentam após as 24 horas de infusão do fármaco, não forem bem controladas.

Nas consultas de enfermagem, ao paciente oncológico de primeira vez, os principais medos suscitados, seguidos da alopecia, constituem a náusea e a êmese. A persistência destes efeitos negativos relacionados ao tratamento quimioterápico pode ocasionar a desistência do tratamento, fato que ocorria em até 20% dos pacientes no passado (STEFANI; LORANDI; FERLA, 2017).

Nesta direção, graças aos avanços na área da oncologia, associados às ações de promoção de saúde realizadas pelo enfermeiro para controle da náusea e êmese, consegue-se

obter uma resposta otimizada no controle das náuseas e/ou vômitos induzidos por quimioterapia (STEFANI; LORANDI; FERLA, 2017).

A promoção da saúde objetiva aumentar o nível de bem-estar de um paciente. Desse modo, orientações incluem o fortalecimento da adesão ao uso de antieméticos prescritos, observação da quantidade e característica da eliminação gástrica, atentar para sinais e sintomas de desidratação, horários e porções da alimentação somada à ingesta hídrica e calórica aumentada (BONASSA, GATO, 2012; PENDER, 2012).

Ainda sobre as ações de enfermagem, seguem as narrativas abaixo:

Eu comecei nas veias, muito complicado achar as veias, quando elas estouravam, porque elas já estavam fracas, chegavam a dar um inchaço, acho que flebite. A enfermeira sugeriu para o meu médico, para eu colocar o cateter, aí fiz um implante do cateter, que foi uma maravilha. Nossa senhora, que beleza, dá aquela espetadinha inicial que é desagradável, mas não tem que ficar cutucando o braço para encontrar a veia. Então, agora é só no cateter (Turmalina).

Ficam superpreocupados com o que eu estou sentindo, se vai ser só um furo ou dois. Eu não me importo, pois, minhas veias são muito ressecadas. Não tem problema, se por um acaso acontecer, de não conseguir achar minha veia e tal (Ametista).

Para adoção de comportamentos que auxiliam na percepção dos benefícios durante a quimioterapia, o cuidado de enfermagem mais relevante foi para o acesso venoso como primordial. A via endovenosa é a principal via de escolha para administração dos quimioterápicos, assim como as medicações de suporte clínico e alguns preparos para exames. No contexto da avaliação eficaz da rede venosa, além dos participantes do estudo expressarem uma preocupação com a punção venosa, é de extrema relevância para a segurança do paciente e do profissional.

A terapia venosa relacionada ao tratamento antineoplásico requer acesso venoso adequado, muitas vezes periférico, a ser inserido temporariamente, com retirada imediata do dispositivo ao término das medicações. Portanto, o enfermeiro, durante todo tratamento, realiza avaliação da rede venosa, indicando o melhor dispositivo que se adapte às necessidades do paciente e assegure uma infusão segura da medicação (BONASSA, GATO, 2012).

O enfermeiro oncologista, durante a consulta de enfermagem, é o profissional capacitado para avaliar a rede venosa do paciente e, em seguida, indicar a melhor opção, sendo o acesso venoso periférico ou acesso venoso central. O enfermeiro assistente deve dar continuidade, de modo que antes do início da infusão do quimioterápico é essencial que ocorra inspeção detalhada da rede venosa periférica (VASQUES; CUSTÓDIO, 2017).

Face ao exposto, é essencial que seja dado um cuidado maior para as veias com pouco calibre, frágeis, difícil palpação, com histórico de múltiplas punções e tratamentos endovenosos prévios que possam já ter prejudicado o endotélio vascular, pois estas características não configuram segurança para o início de um tratamento com antineoplásicos, e ainda potencializam um maior risco de ocorrência de flebites, extravasamentos e infiltrações (BONASSA, GATO, 2012; VASQUES; CUSTÓDIO, 2017).

É necessário frisar que, para a escolha do acesso venoso antes da infusão de quimioterápico, deve-se considerar também o protocolo quimioterápico a ser adotado, principalmente no que concerne às características dos medicamentos a serem administrados, à rede venosa periférica disponível, ao tempo de infusão, à duração do tratamento, às preferências do paciente e ao custo do dispositivo (ZERATI et al., 2017).

Ressaltamos que o enfermeiro a todo o momento enfatiza a importância da comunicação em todo o processo da infusão quimioterápica. Desta forma, a pessoa em tratamento é orientada a relatar imediatamente qualquer anormalidade sentida ou observada como dor, queimação, formigamento ou prurido durante a infusão da droga.

Durante a consulta de enfermagem, ocorrem as orientações de como proceder com toda a situação que envolve o adoecimento e o cuidado durante e após o tratamento quimioterápico. As ações de cuidado são sedimentadas a cada dia de tratamento do paciente, sendo que inicialmente ocorrem em uma sala específica, e as posteriores ocorrem no *box* de tratamento, de modo que se dá uma relação dialógica entre enfermeiro e paciente, no sentido de levantar reflexões e ajuda-lo na adesão do tratamento.

Podemos mencionar, por exemplo, que, para o fortalecimento da rede venosa, orientamos as pessoas que realizam o tratamento por acesso venoso periférico curto a realização de exercícios com uma bolinha de borracha, similar à bolinha de tênis, que chamamos de bolinha flebotômica, oferecida pela clínica, a fim de aumentar o tônus muscular, conferindo um fortalecimento dos vasos sanguíneos, evitando ou reduzindo o surgimento de complicações vasculares no decorrer das sessões de quimioterapia.

Nessa perspectiva, a resistência da rede venosa se dá com a execução de contrações repetidas das mãos com a bolinha flebotômica ou o giro da bolinha nas mãos seguido de massagem o tempo suficiente para acarretar fadiga muscular. Para um resultado favorável, orientamos uma frequência mínima de três vezes ao dia, todos os dias enquanto durar o tratamento quimioterápico. Somado a isto, a pessoa, quando as condições clínicas permitem, deve ingerir o mínimo de dois litros de líquido por dia. Tal colocação é confirmada no depoimento:

Eu recebi uma bolinha na consulta de enfermagem para fazer exercícios, porque minhas veias já eram fininhas. Então, assim, superajuda esse exercício com a bolinha, assim, é nítido, uma semana que eu não faço eu tenho mais dificuldade, quando eu começo, na semana que eu faço exercício, tem mais facilidade em “pegar” a veia. Outra dica que eles deram foi beber bastante água, porque já hidrata a veia e é mais fácil de passar o medicamento, porque dependendo do fluxo, a veia não aguenta por ser fraquinha (Ametista).

Podemos perceber que houve a necessidade de o enfermeiro intervir junto à paciente, reforçando as ações promotoras para uma melhor qualidade de vida. A capacidade pessoal de organizar e executar o plano de cuidado, ou seja, a autoeficácia com a rede venosa, proporcionou benefícios para o dia a dia, possibilitando manter o comportamento de promoção da saúde esperado.

Ainda cabe ressaltar outro cuidado de enfermagem, em relação a análise da rede venosa, e a sequência do local para venopunção. Sabe-se que diversas veias podem ser utilizadas para a infusão de quimioterápicos, porém as veias periféricas mais adequadas para a punção devem oferecer melhor proteção às articulações, tendões e nervos, causando menor dano funcional e anatômico caso ocorra extravasamento. É consensual recomendar a punção venosa na seguinte ordem de preferência: antebraço, dorso da mão, punho e fossa antecubital (BONASSA, GATO, 2012).

Percebe-se, com primazia, um sentimento de acolhimento oriundo dos pacientes. Vejamos a narrativa a seguir:

O tratamento lá da enfermagem é muito bom, elas são atenciosas, cuidadosas, perguntam se está tudo bem... se estou sentindo alguma coisa, se está tudo direitinho, tem cuidado ao pegar a veia, passa um remedinho para não ficar com hematoma e são todas muito carinhosas, muito zelosas e competentes e querem realmente dar conforto, dar segurança, porque já sabe que o momento é difícil, não é um momento fácil. Então, eles procuram fazer o melhor que podem (Hematite).

As histórias de vida dos participantes do estudo nos remetem a uma percepção de cuidado de enfermagem resolutivo e integral, em que é valorizado o conhecimento técnico-científico, mas também as relações interpessoais com os pacientes. Além disso, promover ações para a manutenção da saúde, juntamente com práticas educativas, contribui para a eficácia do tratamento e minimização do sofrimento da pessoa com câncer.

Ainda convém reforçar que não somente o conhecimento, mas a comunicação e a empatia são fatores que potencializam as relações interpessoais e influenciam de modo positivo o cuidado prestado (CRUZ; ROSSATO, 2015).

Quando o paciente chega ao centro de tratamento quimioterápico, ele se depara com o cuidador imediato, que é o enfermeiro. Deste profissional se espera disponibilidade para ouvir e compreender os sentimentos, fortalecendo as ações de cuidado e, como resultado, promovendo melhor adequação e resposta por parte da pessoa em tratamento.

Paulatinamente, laços de confiança vão se fortalecendo a partir da vivência da pessoa com câncer no dia a dia do seu tratamento. Observemos as narrativas abaixo:

O setor de enfermagem eu acho o melhor. São pessoas maravilhosas, desde o atendimento na recepção... eu nem sei te falar. Para mim isso é fundamental. (Pérola).

Porque, realmente, é o médico, as atendentes e são vocês que metem a mão na massa para fazer lá o negócio e eu vejo o carinho, a atenção, o cuidado. Elas perguntam: “Tem tomado ácido fólico?”, “Olha a injeção!”, “Ele hoje vai tomar a injeção B12”. A moça Enfermeira vem daqui a pouco aplicar a injeção nele. Quer dizer, tudo isso é preocupação, zelo. São todos muito competentes e capazes (Hematite).

Mesmo as instituições que frequento para o controle da doença, recebi apoio dos médicos, do pessoal da enfermagem. Você passa a viver isso e você encontra sempre nas pessoas uma forma de apoio. As pessoas conversam com você, te incentivam, te dão aquela força necessária para você continuar (Olho de Tigre).

A gente se sente muito bem, passa uma confiança muito bacana quando a gente vai fazer a quimioterapia. Eu também me sinto bem, me sinto acolhido, me sinto cercado de bons profissionais e isso acontece com todos que tratam de mim, nesse caso estou falando especificamente do doutor, da enfermagem e da nutricionista (Jaspe).

As narrativas apresentadas nos trazem a importância de um cuidado mais qualitativo e humano no âmbito da oncologia e o reconhecimento do enfermeiro como promotor deste cuidado. Compreendemos que o diálogo estabelecido entre o enfermeiro e a pessoa acometida por câncer de pulmão é determinante para a construção de um vínculo, tornando o processo terapêutico menos assustador e o caminhar mais firme e confiante.

De acordo com a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (2013), o atendimento multiprofissional à pessoa com câncer deve oferecer um cuidado compatível com as suas necessidades. As possibilidades de relacionamento não somente com a enfermagem, mas com toda a equipe multiprofissional, com todo o serviço de apoio contribuem fielmente para que esta fase pela qual a pessoa está passando seja um pouco mais suave.

Face ao exposto, uma melhor condição de vida é oferecida às pessoas com câncer de pulmão quando inseridas em programa de atuação multiprofissional, que, além do médico que o assiste e do enfermeiro, pode ser composto também por psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas (Melo et al., 2013; MUNIZ, 2015).

O caminho que a pessoa adoecida percorre é longo e com muitas alterações que a torna mais vulnerável e exposta. Deve-se considerar que, nestas condições, receber atenção de diversas áreas do conhecimento, específicas e especializadas, remete a uma estrutura de apoio, possibilitando a melhoria das suas condições de vida (TIGRE, 2017).

Portanto, uma relação dialógica em saúde integrada por uma equipe multiprofissional é um instrumento importante para a eficácia de ações de educação em saúde, tendo a capacidade de ampliar o conhecimento da pessoa a respeito do momento que está vivendo e empoderá-la quanto às ações de autocuidado que necessita para realizar o melhor tratamento possível (SOUZA et al., 2017).

4.3.2 Categoria 2 - Enfrentamento do adoecer e as adaptações à nova condição de vida

Esta categoria emergiu a partir de 21 unidades temáticas com a finalidade de analisar o enfrentamento do adoecimento das pessoas com câncer de pulmão e as adequações ao novo modo de vida.

Do ponto de vista conceitual, o termo adaptação é uma característica da pessoa de se integrar ao ambiente estressor, como por exemplo, uma doença oncológica, e com isso aumentar as chances de sobrevivência, através de comportamentos flexíveis à realidade atual e orientados para o futuro (SILVA et al, 2015).

Desta forma, segue abaixo a narrativa de Ágata que evidencia a adequação ao novo modo de vida:

Eu tenho uma casa que adoro. Meu emprego, minha família... Eu vou mudar tudo por causa do câncer? Não! Não vou mudar não! Aí meu modo de pensar mudou, eu tenho um tratamento para fazer. Então, continuei minha vida normal e fazendo os tratamentos e pesquisando também junto com os médicos, até porque sou bem chata (Ágata).

A busca pela adaptação associada a manutenção de uma rotina de trabalho, atividades com a família, social e cultural ficou claro nas entrelinhas das narrativas e também na caracterização dos entrevistados que mostra 20% dos pacientes se adaptaram ao novo modo de vida ao retornarem para seus empregos mesmo realizada quimioterapia.

No decorrer das narrativas, podemos mencionar que, entre uma e outra, evidenciaram-se as cinco fases apresentadas pelas pessoas frente a uma doença grave ou fatal (KÜBLER-

ROSS, 2017). Embora os participantes do estudo não se encontrassem na fase terminal da doença, ainda vivenciassem uma qualidade de vida e bem-estar, alguns com grande possibilidade de cura e outros com ofertas de tratamentos disponíveis, identificamos as fases.

Dentro desse contexto, os estágios não necessariamente apareceram sequencialmente e em todos os participantes. Os estágios descritos para elucidar a vivência do paciente adoecido por câncer foram a negação ou o isolamento, que apareceram nas falas de três entrevistados; a raiva ou revolta, presente em duas narrativas; a barganha, aproximada com a fé e a religiosidade, apresentou-se nas narrativas de 15 entrevistados; a depressão, em uma; e aceitação foi evidenciada em quatro entrevistas.

Vimos que, ao passar pela consulta de enfermagem, as pessoas se sentem encorajadas e, desde então, tornam-se capazes de identificar a promoção da saúde como podemos observar nas narrativas abaixo:

Porque passou uma série de informações, tipo não ia cair o cabelo; você vai sentir muito enjoo durante o dia e durante mais ou menos cinco dias. Passou toda informação sobre a melhor maneira de lidar ou de como funciona na prática, no dia a dia. Você tem que se alimentar bem, mas enjoada você não consegue comer de tudo. Então assim: “Ametista, se for suco de maracujá, vai ser só suco de maracujá, só não pode ficar sem se alimentar de jeito nenhum”. Muita dica sobre termos de higienização e alimentação que a enfermagem ensinou, depois disso começou o tratamento (Ametista).

As orientações sempre foram muito boas, foi tranquilo e nunca aconteceu nenhum evento, assim, negativo, não recebi nenhuma informação fora da realidade, ou orientação que não era adequada. Sempre tive orientações adequadas. Acho que havia essa preocupação para eu manter a minha saúde, me alimentar bem, tinha sempre esse incentivo de fazer esse tipo de coisa (Ágata).

Tenho recebido um atendimento muito bom, inclusive da enfermagem e tenho sentido os sintomas normais da quimioterapia. Na medida do que todo mundo relata. As orientações de enfermagem já informavam sobre os sintomas e dos exames (Diamante).

Nas narrativas acima, é possível perceber uma aproximação do enfermeiro com a pessoa à medida que as orientações transmitidas fazem conexão com a realidade vivenciada dia após dia. Dessa forma, o paciente, após a consulta e no cotidiano com os enfermeiros, se familiariza com os fatos que no início do adoecimento o assombravam, possibilitando a interação, a construção da confiança, e fortalecendo o processo.

A narrativa de Ametista e Ágata ressaltam o reconhecimento da adoção de comportamentos promotores de saúde que necessitavam ser assumidos para vivenciarem experiências positivas durante o tratamento.

Convém lembrar que o Modelo de Saúde de Pender, por apresentar uma estrutura baseada na promoção da saúde, auxilia o enfermeiro a realizar uma assistência individualizada, ao elaborar, junto com a pessoa, um planejamento, uma intervenção e uma avaliação constante destas ações (PENDER, 2012).

Entende-se que a pessoa é definida como aquela capaz de tomar decisões, resolver problemas, contudo, está no seu potencial mudar comportamentos de saúde (PENDER, 2012). Para uma melhor resposta às ações do enfermeiro ao prestar cuidados, é preciso considerar fatores que influenciam de modo interpessoal o comportamento, como a família e a sociedade. Assim, uma ação dialógica favorece o compartilhamento de saberes e esclarecimento de dúvidas visando à autonomia dos sujeitos.

Cabe ao enfermeiro compreender como uma pessoa se relaciona com sua própria saúde através das decisões que toma, considerando que o autocuidado é uma forma de comportamento individual diretamente relacionado à saúde (PENDER, 2012). A narrativa de Diamante nos remete ao comportamento modelado, quando é dado um suporte para o engajamento de um viver de forma harmoniosa.

Atualmente, a enfermagem oncológica deu um salto de qualidade e para além do cuidado técnico, pois, com a inserção das novas propostas terapêuticas e das terapias adjuvantes, surgiu a necessidade de um trabalho multidisciplinar. Isso é compreensível, pois o centro do cuidado se fundamenta nas relações e inter-relações dos sujeitos entre si e suas diferentes dimensões física, psíquica e emocional. Além disso, espera-se que o cuidado seja participativo e inclusivo com a família das pessoas, considerando ser esta uma vertente importante (ROSA, 2014; TIGRE, 2017; TOSTES, 2017).

Outros aspectos de enfrentamento, como a religiosidade, crença e fé podem ser percebidos nas narrativas que seguem abaixo:

Até hoje eu pergunto: por que comigo? Porque tinha que acontecer? Aconteceu... e eu tenho muita fé em Deus que vai dar tudo certo. Pedindo a Deus! Às vezes eu acho que quando eu fizer esse PET-SCAN eu vou descobrir que eu não tenho mais, que não existe mais esse câncer dentro de mim (Pérola).

Eu tive muito apoio da minha família. Eu também sou uma pessoa muito forte, acredito muito em Deus, tive fé em Deus e segui em frente (Safira).

Na primeira narrativa, observam-se momentos de questionamento, perplexidade, mas em seguida a fé em Deus direcionou a vida de cada um deles e fez com que continuassem o tratamento e até sonham com a cura da doença. Outros referem agradecimento e fé em Deus:

Agradeço a Deus que eu não tive reações da quimioterapia até o presente momento. O tratamento está voltado para seis sessões, eu já fiz duas e essas duas que já fiz, o meu corpo não teve reação, graças a Deus (Citrino).

Isso tudo me deu e me dá muita força, o pessoal da igreja vem muito aqui me ver, toda semana. Eu comungo duas vezes na semana e também na primeira sexta-feira do mês que é consagrado ao Sagrado Coração de Jesus. Então, eu tenho graças a Deus uma qualidade de vida boa, tranquila e muita fé em Deus (Turquesa).

As narrativas apresentam um grau de conforto e alívio centrado no que é divino, sendo que enfrentar um adoecimento de câncer de pulmão e seus respectivos tratamentos transcende o que é humano.

Para Pender, Murdaug e Parsons (2011), as características pessoais relacionadas aos fatores psicológicos incluem variáveis como autoestima e automotivação, que são competências percebidas como capazes de afetar o estado geral e a definição de saúde. Estes comportamentos devem resultar em melhoria da saúde e em uma maior capacidade funcional dos pacientes.

Segundo Kübler-Ross (2017) em uma pesquisa com seus pacientes, ao tomarem conhecimento de seu diagnóstico, reagiram com a mesma frase: “Não, eu não, não pode ser verdade”. A completa negação ou a parcial é utilizada por quase todos os pacientes no primeiro estágio da doença ou ao longo da constatação.

A narrativa de Pérola elucida bem esta frase. Desde 2015, ela realiza tratamento quimioterápico. Esta reação é vista como uma forma saudável de lidar com a situação dolorosa e desagradável com que muitos destes pacientes são obrigados a conviver durante muito tempo.

Para Leite, Nogueira e Terra (2015), uma doença estigmatizante, como o câncer de pulmão, exige maiores condições de lidar com as situações difíceis e os transtornos causados, sendo que a busca pela religiosidade ou por uma fé específica traz conforto e auxílio ao paciente adoecido.

No século XVI, iniciou-se a Revolução Científica, caracterizada por priorizar e enfatizar os fatores físicos e biológicos e excluir os fatores psíquicos e sociais, contribuindo, desta forma, para a supremacia do paradigma biomédico (GOBATTO; ARAUJO, 2013). Ao longo do tempo, estudos trouxeram para discussão os fatores psíquicos, sociais e culturais com intuito de entender os seus benefícios na qualidade de vida das pessoas.

A este respeito, Rabelo, Motta e Nunes (2002) veem a religiosidade como terapêutica que ressignifica o sofrimento, propicia uma intervenção sobre os problemas existentes de modo que a experiência bem-sucedida repercute em uma reorientação da conduta cotidiana do

paciente. Conforme Rey (2015), o olhar para o campo da saúde deve ter certa sensibilidade cultural à diferença religiosa, bem como a outras formas de diferença.

No que tange aos sentimentos e às expectativas relacionadas à doença, seguem as narrativas que revelam algumas fragilidades:

Existe muito preconceito. Quando você fala que está com câncer, a pessoa já acha que você vai morrer em menos de um ano, sempre tem uma tendência negativa (Ágata).

É um prenúncio de morte. Não deixa de ser. As pessoas que não têm câncer não sabem o que é isso. Se eu não fizer o tratamento, vou morrer (Esmeralda).

Quando eu comecei a fazer o tratamento, não tinha esperança de recuperação, nenhuma. Acho que não deveria nem fazer isso, esperava a morte chegar e estava tudo certo, aí ele me convenceu. Resolvi fazer, mas não estou seguro da minha recuperação. Vou fazer a quarta série e sei lá, não tenho perspectiva nenhuma (Rubi).

O médico disse que não iria cair o cabelo, e deu no que deu. Então, eu raspei. De vez em quando uso lenço, uso peruca também. Usar peruca é um saco! (Turmalina).

As narrativas ressaltam o preconceito com a palavra câncer, mostram a relação com a morte, a falta de perspectiva e o que não é bom. Para uns pacientes, o pesar da doença e alguns efeitos negativos da medicação não os fazem ter expectativas de bom prognóstico. Como se vê, apresentam um comportamento negativo e se findam no estigma que a doença carrega, mesmo realizando tratamento de última geração e alguns, inclusive, com boa resposta de regressão e estagnação da doença.

Percebe-se neles a tentativa de manter as adequações do modo de vida, porém são envolvidos por diversos sentimentos misturados como o desespero, a culpa, o medo, a perda do controle da sua vida e a incerteza da cura ou a adaptação da ideia de que o câncer é uma doença crônica, o que exigirá tratamento contínuo. Estes comportamentos são pontos críticos que devem ser observados pelos enfermeiros, já que são passíveis de modificação por meio das intervenções.

Melo et al. (2013) acreditam que a pessoa acometida por câncer de pulmão, e que vivencia a fase da doença de modo negativo, encontra justificativa no medo da morte, na possibilidade de interrupção dos planos de vida, perda da autoestima e mudança da autoimagem.

Cabe ressaltar, ainda, que os comportamentos dos pacientes se relacionam com a estigmatização do câncer de pulmão, sendo identificados os seguintes fatores como contribuintes: a associação da doença ao tabagismo, a doença entendida como autoprovocada,

a elevada taxa de mortalidade e a morte com sofrimento considerável (LIMA; PIMENTA, 2015).

Um estudo de revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar pesquisas sobre o estigma percebido por pacientes com câncer de pulmão, apresentou como fatores associados a forte relação com o tabagismo e como este influenciou no atraso do diagnóstico, quer pelo doente que demora a procurar ajuda ou pela demora dos profissionais em valorizar queixas que se relacionem a outros cânceres que não o de pulmão quando o paciente tem história de tabagismo, além da sintomatologia depressiva, baixa qualidade de vida e bem-estar, altos níveis de culpa, vergonha, angústia e outros sintomas (LIMA; PIMENTA, 2015).

A maneira como cada pessoa reage à notícia de câncer está relacionada com a sua história de vida, imbuída de experiências individuais, mas que estão associadas a outras situações, como pode ser observado a seguir.

Depois foi meu marido que teve câncer de próstata. Nós nos dávamos muito bem, éramos dois em um. Aí eu perdi meu marido e foi outra tristeza que eu passei na minha vida. Não tenho filhos (Turquesa).

Já tinha segurado essa história antes, porque já passei muito por isso com a minha família, com a falecida, minha companheira. Então, eu fico abalado, mas tem que conviver com isso (Quartzo).

Melhor estar aqui fazendo quimioterapia do que não estar, porque meu cunhado, com câncer de pulmão, em dois meses morreu. Descobrimos que ele estava tomado (Água marinha).

A visão se diferencia quando se trata de uma pessoa que tem câncer e perdeu um ente querido com história parecida. Uma pessoa que vivencia a doença com este olhar pode apresentar sentimentos diversos e posicionamento compatível com a resiliência, pois está acostumado a sofrer, mesmo assim, é melhor ter possibilidade de tratamento do que não estar mais vivo. Outro enfoque percebido nas narrativas foi o desânimo mediante a possibilidade de não ficar curado e a preocupação de morrer por câncer, baseada em vivências com o ente querido, interpretadas de modo negativo.

Nesse sentido, o conhecimento do paciente do seu diagnóstico e a perda de alguma pessoa próxima por câncer acarretam muitas mudanças na sua vida e, principalmente, comportamentais, visto que não será a mesma, passando a existir um divisor de água entre antes e após o câncer. Além disso, estudos epidemiológicos concluíram que a morte de uma pessoa da família aumenta a vulnerabilidade à doença e à morte prematura dos sobreviventes, em especial cônjuges viúvos (BOSSONI et al., 2009).

É consensual para a nossa sociedade encarar a morte como tabu. No entanto, o conhecimento da ciência e do homem poderia proporcionar um preparo gradual das pessoas quanto a este acontecimento inevitável. Diante disso, um comportamento que incentive as pessoas a encararem a morte como parte da vida agregaria como uma experiência capaz de ajudá-las a crescer e a amadurecer neste tema (KÜBLER-ROSS, 2017).

Entende-se que discutir sobre a temática da morte significa tomar como reflexão uma dimensão que conforma e dá sentido à nossa existência, mas que também é significada a partir daquilo que foi vivido pela pessoa. Todavia, espera-se do profissional uma possibilidade e a concessão de cuidado à pessoa ao longo deste processo (DOLINA; BELLATO; ARAÚJO, 2013).

Ainda nos dias atuais, com uma grande oferta de tratamento e sendo vista como uma doença crônica, para alguns tipos, o câncer ainda é carregado do presságio de finitude, o que intensifica a angústia das pessoas que vivenciam esta doença, em especial as que perderam um parente com a doença.

As narrativas abaixo deixam explícita a presença familiar no processo saúde-doença e como fator protetor:

Eu acho que eu tive uma força muito grande de todo mundo, de Deus, da minha família e estou aqui para lutar e conseguir vencer isso (Safira).

Eu tive um filho que foi tudo para mim e é até hoje. Ele mora do meu lado aqui na praia, eu vou com ele, ele me entende muito (Água Marinha).

Bem, ora um medicamento dá uma reação, ora já é outro. Eu saio de lá pouquinho zozna, meu marido sempre me acompanha. Estamos nessa batalha (Turmalina).

Graças a Deus não esmoreci, encarei. Minha família também, logicamente, junto comigo o tempo todo me dando o apoio necessário, me dando ajuda. Isso é fundamental. O apoio que você tem externo é fundamental para que você se fortaleça, tanto da parte familiar ou da parte dos amigos, do seu ciclo social (Olho de Tigre).

Nas análises das narrativas de vida, a família foi essencial e serviu como rede de apoio às pessoas com câncer de pulmão. Portanto, a família é um importante recurso externo para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, ela ajuda a lidar com o estresse de tudo que envolve o adoecimento e o tratamento.

Na narrativa do Olho de Tigre percebe-se que a família e os amigos são exemplos de fatores promotores e contribuíram de forma essencial criando alternativa e instrumentos de adaptações capazes de preservar o ciclo social.

Entende-se que a constituição familiar difere de acordo com o local onde se vive, com os hábitos culturais e crenças. O vínculo pode se dar por laços de sangue ou afinidade. Desta forma, o cuidado de enfermagem se estende à família, gerando uma relação de confiança mútua em prol da pessoa que está enfrentando a doença (OLIVEIRA, 2015).

O enfermeiro pode criar condições para expressar a saúde e o autocuidado a partir de ações reflexivas do paciente, aumentando o compromisso com o comportamento de promoção da saúde. Dessa forma, é preciso analisar as influências situacionais em que o paciente está inserido, em que a perda potencial de alguém significativo é vista como impeditiva, porém a relação de convívio com familiares e amigos é fonte importante de influência interpessoal (PENDER, 2017).

Ainda que muitos pacientes já tenham uma representação do câncer, experienciar o adoecimento é doloroso (MORI, 2015). Frente a esta questão, torna-se de inegável relevância a presença da família como coparticipante na promoção do cuidado do seu ente querido (WALDOW, 2014).

A família, como referida neste estudo, esteve presente em muitas falas e se confirma como uma rede essencial de apoio, mas que também precisa ser apoiada, ouvida e receber uma atenção também voltada para ela, pois também sofre, se preocupa, tem medo, seus hábitos mudam e, como aqueles de seus entes queridos, os relacionamentos e os papéis são alterados e os sentimentos são diversos, uma vez que seus membros estão enfraquecidos e, assim, se tornam também seres vulneráveis (WALDOW, 2014).

As práticas educativas realizadas pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem influem na pessoa doente e no familiar presente, proporcionando incentivo para a autonomia e o bem-estar. Desse modo, espera-se que este profissional atue de forma holística, avaliando as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, e forneça informações e realize intervenções para o gerenciamento de sintomas e a promoção da saúde (SETHI et al., 2013).

Um estudo comentou que na China muitos pacientes com câncer de pulmão têm pouco conhecimento sobre o tratamento e a reabilitação da doença. Isso os faz acreditar em um estigma negativo da doença, ou seja, que uma pessoa com câncer é sinônimo de morte. Esta falta de conhecimento acarreta uma perda de confiança do paciente nos meios de tratamento existentes e o agravamento do quadro clínico e psicológico (TIAN; JIA; CHENG, 2015).

Nesse sentido, os relatos do estudo mostram que o enfermeiro é o principal profissional para o processo educativo do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A construção da relação enfermeiro-paciente fortalece ações que irão promover a saúde e, assim,

expressam a confiança, o pensamento positivo e a esperança do paciente (OLIVEIRA, 2015; TOSTES, 2017).

Desse modo, o impacto que a doença causa na vida da pessoa com câncer de pulmão a torna resiliente e, com isso, ela busca solucionar situações que antes pareciam inviáveis, conforme percebemos nas narrativas a seguir:

Do restante eu não tenho mais o que falar porque, graças a Deus, eu sou uma exceção no meio de várias pessoas que estão muito mal. Então, me diz que eu estou de forma que a minha cura é mais provável do que muita gente, então com tudo eu fico feliz (Ônix).

Mesmo sabendo que a quimioterapia é forte e eu quase não como, mas se eu tiver que fazer eu faço, quero é ficar viva. Enquanto estiver viva está bom. Pode falar para eu fazer mais mil, eu faço (Água Marinha).

Resolvi encarar isso de frente, com vontade e não tem outra maneira. Você tem que decidir fazer o tratamento e todas as recomendações que são passadas para poder vencer mais essa etapa da vida. Eu posso dizer que, pelo menos nos últimos exames, graças a Deus não apresentou sinal da doença (Olho de Tigre).

Face às narrativas expostas, observa-se a singularidade das pessoas frente às adequações à nova vida. À medida que o tempo passa, tanto os pacientes quanto os familiares vão se empoderando das demandas do processo de adoecimento-tratamento-reabilitação por câncer, e com isso, percebe-se a integração com novas informações e realidade, tornando-os resilientes para aceitar a doença, no entanto, mais fortalecidos na luta pela vida, melhorando sua condição de saúde.

Neste estudo, as narrativas evidenciaram que seja por meio do diálogo, do interesse sobre as informações ou do acompanhamento para realização do tratamento, entre outras maneiras, o que se torna relevante são as pessoas se mostrarem otimistas no processo de enfrentamento e reassumirem suas atividades.

Podemos citar, como exemplo, a existência de participantes como a Águas Marinhas, a Turmalina e a Ágata com uma história de luta, enfrentamento e resiliência ao longo dos 11, cinco e cinco anos de descoberta, respectivamente. Nota-se que encaram a doença como crônica, desmistificando o estigma sombrio da doença e sendo exemplos de superação para outros pacientes e, também, para os profissionais de saúde.

Dentro desse contexto, a habilidade da pessoa com câncer de pulmão na interação com o ambiente permite uma assistência individualizada que favoreça o seu bem-estar e a adaptação à nova condição de vida. O sentido de bem-estar enfatiza a esperança, que se define por sua subjetividade e por conferir significado ao dia a dia de pessoas que perpassam por

doenças ameaçadoras da vida, além de contribuir para a satisfação e a adaptação aos fatores de estresse causados pelo adoecimento (SALES et al., 2014; OLIVEIRA, 2015).

Ainda vale considerar que o sentimento de esperança contribui como elo essencial para o viver dos pacientes que, mesmo em face de uma doença amedrontadora como o câncer, são capazes de olhar para o futuro de forma positiva, sem deixar que sentimentos de dor e derrota os dominem e, por conseguinte, permite o vislumbre de novas possibilidades, além de conferir forças para o enfrentamento da problemática (SALES et al., 2014; TAYLOR, 2014).

A importância na mudança de comportamento para melhorar a saúde reflete numa reação emocional positiva direta em que as influências, tanto interpessoais como a família, ou situacionais como o ambiente, provêm de informações que levam a pessoa à reflexão. Para isso, a competência percebida ou autoeficácia para executar um determinado comportamento aumenta a probabilidade de compromisso com a ação (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

Outro fator importante que as narrativas ressaltaram foi a perspectiva da resiliência, sendo definida como a capacidade de responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades, de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante das controvérsias e circunstâncias desfavoráveis, tendo uma atitude otimista, perseverante e mantendo um equilíbrio dinâmico durante e após os embates de personalidade (SORIA et al., 2009).

Dentre tantos fatores, podemos considerar que a resiliência pode ser apreendida e que os profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro, ao conhecerem as características de resiliência, poderão desenvolver intervenções de apoio para aqueles que apresentam baixa resiliência, com o propósito de estes alcançarem níveis mais elevados desta capacidade (SORIA et al., 2009), pois a resiliência conforta por mais um dia a pessoa com doença grave.

Com referência as adaptações a nova vida, a narrativa da Água marinha remete o momento em que de forma especial desenvolve a capacidade de criar alternativas para manutenção do novo modo de viver, onde os efeitos do tratamento diminuem diante do desejo de estar viva.

À luz da promoção da saúde para o enfrentamento do adoecimento, são propostas a oferta de cuidado com confiança e a franqueza entre enfermeiro-paciente, a revisão da história familiar, sendo a mesma vista como base de apoio, o monitoramento de respostas físicas e os esclarecimentos sobre a doença.

Nessa direção, o comportamento de promoção da saúde está direcionado para alcançar um resultado positivo para a saúde, como o bem-estar ideal, a realização pessoal e a vida produtiva (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011).

As barreiras percebidas podem restringir o compromisso com a ação à medida que as pessoas interagem no seu meio ambiente para buscar a saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2011). Assim, durante o estudo conseguimos identificar as ações específicas executadas para o autocuidado, fazendo uma vinculação de forma dialógica com a pessoa.

Como salientamos, imbuídos do comportamento para o autocuidado, as intervenções gerais para manter uma boa dieta, controlar o estresse, constituir relações sociais, fazer exercícios físicos, e a realização de um descanso adequado irão resultar em um resultado positivo com os pacientes.

Com isso, os meios de enfrentamento marcados pela esperança, coragem, fé e, principalmente, vontade de viver, mesmo diante das limitações, fortalecidos com o apoio do enfermeiro, repercutem de forma positiva no dia a dia das pessoas que vivem com o câncer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início deste estudo, procurei expressar o panorama do câncer no Brasil e em outros países, a epidemiologia, a incidência dos principais tipos de câncer que mais acometem a população mundial, bem como, o levantamento do estado da arte na literatura nacional e internacional, a motivação e a minha aproximação do objeto de estudo. Dessa forma, expus algumas reflexões sobre a minha trajetória profissional e o interesse em desenvolver esta Dissertação de Mestrado.

As situações crônicas de saúde, principalmente o câncer têm se espalhado vertiginosamente, crescendo quantitativamente em diversas regiões de todos os continentes, tanto que as projeções indicam um aumento do número de mortes alarmantes exigindo fortalecimento das políticas públicas, envolvimento de todos os profissionais do campo da saúde e ações multidisciplinar para melhorar o acompanhamento e tratamento das pessoas acometidas.

Nesse sentido, considerando que os pacientes com câncer e suas famílias se encontram vulneráveis, em diferentes etapas do tratamento quimioterápico, independentemente da faixa etária em que se encontram e dos contextos onde vivem, bem como, de seus status socioeconômicos e culturais, procurei responder às seguintes questões norteadoras: Qual o entendimento do paciente com câncer de pulmão sobre o seu processo de adoecimento e autocuidado? De que maneira os pacientes com câncer de pulmão, em tratamento quimioterápico enfrentam o adoecimento?

Para tanto, este estudo alcançou os objetivos propostos de identificar nas narrativas de vida dos pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico o entendimento sobre a promoção da saúde, o processo de adoecimento e cuidados, bem como, discutir as ações de enfrentamento do adoecimento referidas por eles.

De igual maneira, por meio deste estudo foi possível conhecer a caracterização, o perfil das pessoas com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico bem como elaborar o Historiograma no qual foi possível entender melhor a história de vida de cada participante.

Ressalta-se que todos os participantes são fumantes inveterados de longa data, alguns conseguiram abandonar o vício após a descoberta da doença, outros, no entanto, continuam fumando mesmo em processo de tratamento. Ainda cabe ressaltar que cada vez mais pessoas são diagnosticadas com câncer de pulmão. Este estudo revelou um fato alarmante quanto a relação de incidência desta doença no homem e na mulher, respectivamente 11 e 9. Esses

dados vão ao encontro de dados estatísticos que mostram uma relação de 1,1 homens para 1,0 mulher.

Outra questão que foi avaliada relaciona-se com idade a média das pessoas, pois este estudo evidenciou uma média de 63,25 anos, o que confere com dados pertinentes de outros estudos, de modo que pessoas cada vez mais jovens estão sendo acometidas por esta enfermidade.

Quanto aos achados, na primeira categoria foi possível identificar nas narrativas de vida ricas informações sobre o processo de adoecimento, tratamento e cuidado. As trajetórias do adoecimento apresentadas pelos entrevistados sinalizaram dificuldades desde o diagnóstico, passando pelo tratamento e seus efeitos no dia a dia.

Os pacientes entrevistados foram capazes de relatar os aspectos do adoecimento desde os primeiros sintomas como tosse e fadiga, assim como os exames, incluindo a terapêutica realizada. O primeiro contato destas pessoas com o enfermeiro ocorreu durante a consulta de enfermagem, em que foi essencial a compreensão das experiências vividas e também o entendimento dos valores, cultura e crença atrelados aos indivíduos.

Para fundamentar a análise temática dos resultados no âmbito da promoção da saúde, utilizou-se conceitos do Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender. O principal resultado foi identificar nas narrativas de vida as ações promotoras de saúde realizadas pelo enfermeiro. Questões como hábito de fumar, toxicidades relacionadas ao tratamento quimioterápico e dificuldade de acesso venoso foram as mais relatadas pelos entrevistados.

À luz da consulta de enfermagem, mesmo que indiretamente, foi possível identificar nas narrativas dos entrevistados a capacidade do enfermeiro de ressignificar a promoção da saúde, inserindo ações para o autocuidado, a autoestima e a automotivação, configurando um comportamento de saúde alcançado juntamente com os familiares.

Outras questões interpretadas como meios de enfrentamento do adoecimento foram a fé, religiosidade, confiança e família, sendo esta convidada a permanecer com a pessoa no momento da consulta.

De igual maneira, através das narrativas de vida, foi possível identificar e analisar os aspectos vulneráveis deste grupo desde o processo de adoecimento e entender como a enfermagem veio atuando no cuidado e na promoção da saúde destas pessoas, e como poderá modificar as estratégias de cuidado e as tecnologias a fim de produzir reflexão, conhecimento, autocuidado e maior participação no sentido de motivá-los para melhorar o autocuidado, a autoestima e autoconhecimento.

As preocupações bastante pertinentes das pessoas que iniciavam a quimioterapia foram as reações relacionadas à medicação, o acesso venoso e a questão da aparência como a queda do cabelo. Mas percebeu-se que, com o passar do tratamento e muitas vezes retorno e continuidade do tratamento, o desejo dos pacientes se assemelhavam ao desejo de cura e o término da quimioterapia, pois, mesmo que exista uma adaptação durante todo o período em que as pessoas se submeteram à quimioterapia, sempre sentem alguma reação desagradável.

Desse modo, foi possível também conhecer nos relatos das narrativas de cada participante com as fases pelas quais passaram, ressaltando os sentimentos e sensações vividas, bem como a religiosidade e a trajetória desde antes do início da quimioterapia e durante todo o processo de tratamento, e que foram potencialmente favoráveis para que não ocorressem intercorrências previsíveis.

No entanto, observou que as pessoas com uma crença religiosa enfrentavam com mais ânimo e menos estresse sua situação de saúde. As pesquisas científicas apontam que a religiosidade oferece suporte emocional em diferentes fases e circunstâncias da vida, fortalece o ser humano para lutar contra as dificuldades e serve de apoio nos momentos difíceis.

A segunda categoria, no âmbito do enfrentamento e das adequações do adoecer com câncer, foram evidenciados sentimentos desde a finitude da vida, perpassado por esperança, fé, valores familiares e a vontade de viver. Diante disso, a construção do modo enfrentamento do câncer se deve às experiências e o modo como os pacientes avaliaram o seu adoecimento. A posição do enfermeiro pode ser entendida com um colaborador potencial para o fortalecimento dos sentimentos positivos, contribuindo para que as pessoas pudessem vencer o seu adoecimento da forma menos impactante possível.

Em paralelo, por meio do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, foi possível entender que as características e experiências individuais englobam o comportamento e que estes podem ser alterados para melhorar qualidade de vida.

A consultas de enfermagem realizada antes do início da quimioterapia e durante todo o processo de tratamento foram potencialmente favoráveis para que não ocorressem intercorrências previsíveis como aspectos modificáveis a partir da motivação que dependem da avaliação do enfermeiro e das estratégias de promoção da saúde no sentido de influenciar os fatores positivos e a autoeficácia.

Foi possível perceber pelas narrativas referidas que os enfermeiros são receptivos, fazem bom atendimento e conseguem por meio do acolhimento envolver as pessoas de tal maneira que conseguiram vencer as barreiras do desconhecimento, do tratamento e o medo que poderiam ser impeditivos para a adesão e a continuidade do autocuidado.

Apesar do Modelo de Pender não ser aplicado na íntegra na consulta de enfermagem no campo da pesquisa, foi possível associar alguns conceitos da teoria com a prática, que podem servir de orientação e inspiração para as ações de promoção da saúde, trabalhando as estratégias motivacionais, percebendo as barreiras que impedem o autocuidado, e fortalecendo os enfermeiros no que tange aos comportamentos promotores de saúde, ressignificando suas ações para que ultrapassem o modelo biomédico, a fim de transformá-las, tornando as pessoas mais ativas e participativas em todo o processo de tratamento, reabilitação e adaptação à nova condição de vida.

Entendemos que a adoção de comportamentos que expressam esperança, confiança, pensamento positivo e com isso uma adaptação ao novo estilo de vida com um percentual considerável de qualidade de vida e bem-estar transcenderam todo o estigma real e imaginário que está doença acarreta.

Em razão disso, a adaptação ao novo modo de vida apareceu nas narrativas de forma paulatina, pois, o impacto que a doença causa no dia a dia das pessoas faz aflorar capacidades inclusive a resiliência como meios para adaptar-se e solucionar situações que antes pareciam impossíveis.

Em suma, as evidências constatadas em outros estudos nos fizeram entender que estamos no caminho certo no que tange ao cuidado de enfermagem e as necessidades da pessoa com câncer. Assim, as estratégias de cuidado e as orientações adotadas pelos enfermeiros, desde a consulta e também no dia a dia do tratamento, ganharam sentido e, a partir de então, corroboram a confiança da pessoa e da família com o serviço ofertado.

Não esquecendo da pesquisa com enfoque para o cuidado de enfermagem e este, atribuído aos pacientes com câncer de pulmão, poderá se transformar em um referencial para o planejamento das ações de enfermagem para a instituição pesquisada. Lembrando também que poderá favorecer aos profissionais de enfermagem de outras instituições, à academia e aos estudiosos que se interessarem pelo tema e pelas Teorias de Enfermagem.

O cumprimento das atividades do cronograma conforme estipulado no projeto de pesquisa também foi considerado uma das limitações do estudo, visto que a pesquisadora precisou reagendar diversas vezes as entrevistas, pois os participantes do estudo estavam em curso com o tratamento quimioterápico e, assim, apresentavam-se indispostos para a realização das entrevistas. Tivemos outras intercorrências por conta de internações e óbito, o que ocasionou em alguns casos a necessidade de nova seleção e substituição dos sujeitos do estudo.

Contudo, acredita-se que o estudo desperte o interesse de outros pesquisadores a investigarem mais sobre o cuidado com o paciente com câncer de pulmão associado ao tratamento, peculiaridades para os cuidados de enfermagem. E, buscando complementar a visão da pesquisadora, seria interessante outros estudos sobre a temática, principalmente com os enfermeiros oncológicos de modo a identificar as demandas e necessidades deste conhecimento na prática clínica e as necessidades educativas no contexto do paciente com câncer de pulmão. Assim, entender o modo como esse processo é concebido pelos sujeitos por meio das narrativas de vida, merece atenção e realização de outros estudos.

REFERÊNCIAS

ALLIGOOD, M. R. **Nursing theorists and their work**. 8th. ed. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2014.

ALVES, A. C. S. **Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender**. 2010. 166 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

AMERICAN CANCER SOCIETY. [Website da instituição]. **Tests for non-small cell lung cancer**. Apresenta-se como uma organização de saúde voluntária, baseada na comunidade, dedicada a eliminar o câncer como um importante problema de saúde. Atlanta, 23 jun. 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/non-small-cell-lung-cancer/detection-diagnosis-staging/how-diagnosed.html>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

ANDREAS, S. et al. Smoking cessation in lung cancer: achievable and effective. **Dtsch. Arztebl. Int.**, Berlin, v. 110, n. 43, p. 719–24, oct. 2013. Disponível em: <Doi:10.3238/arztebl.2013.0719>. Acesso em: 11 jul. 2017.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Tradução de Zuleide Alves Cardoso Cavalcante, Denise Maria Gurgel Lavallée. São Paulo: Paulus, 2010.

BOFF, L. **O que significa mesmo o Cuidado?** Website. Nosso futuro roubado. Publicado no site em: 26 maio 2012. Disponível em: <<http://www.nossofuturoroubado.com.br/portal/o-que-significa-mesmo-o-cuidado-artigo-de-leonardo-boff/>>. Acesso em: 4 set. 2016.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêuticas Oncológicas para Enfermeiros e Farmacêuticos**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

BOSSONI, R. H. C. et al. Câncer e morte: um dilema para pacientes e familiares. **Rev. Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 9, n. 17, p. 13–21, jul./dez. 2009. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1455/1211>>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Estabeleceu a proibição do uso de cigarros ou afins nos recintos coletivos fechados, ainda que apenas parcialmente fechados por toldos, divisórias ou telhados, sejam locais públicos ou privados, desde que acessíveis ao público em geral. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 dez. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 ago. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 1 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais**. 22. ed. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/manual_de_bases_tecnicas_oncologia.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) 2016**: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRENTANI, M. M.; COELHO, F. R. G.; KOWALSKI, L. P. **Bases da oncologia**. São Paulo: Lemar Livraria, 2003.

CARDOSO, R. C. **Qualidade de vida relacionada à saúde e fadiga de pessoas com câncer de pulmão em cuidados paliativos**. 2015. 171 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

CHAN, C. W. H. et al. The utilization of the immune system in lung cancer treatment: beyond chemotherapy. **Int. J. Mol. Sci.**, Basel, v. 17, n. 3, 2016. Disponível em: <[doi:10.3390/ijms17030286](https://doi.org/10.3390/ijms17030286)>. Acesso em: 11 jul. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução 466/2012, nº 112, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59–62.

CRISANTO, M. L. L. P. Princípios de quimioterapia. In: SABAS, C. V. et al. **Oncologia Básica**. 1. ed. Teresina: Fundação Quixote, 2012.

CRUZ, F. O. A. M.; FERREIRA, E. B.; REIS, P. E. D. Consulta de enfermagem via telefone: relatos dos pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, São João del-Rei, v. 4, n. 2, p. 1090–1099, maio/ago. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/639>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

CRUZ, F. S.; ROSSATO, L. G. Cuidados com o paciente oncológico em tratamento quimioterápico: o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 335–341, set. 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/Rbc/n_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUNHA, S.; SIMÃO, C. Pesquisa em educação e o recurso metodológico das narrativas: uma aproximação com a teoria histórico-cultural. **Rev. Teias**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 31, p. 109–120, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/24331>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DOENGES, M. E. et al. **Diagnóstico de enfermagem: intervenções, prioridade, fundamentos**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

DOLINA, J. V.; BELLATO, B.; ARAÚJO, L. F. S. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2671–2680, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a22.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

DOROSHOW, J. H. et al. União Internacional Contra o Câncer. **Manual de Oncologia Clínica**. [editado por] POLLOCK, R. E. 8. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

FACINA, T. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 63, mar. 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/bc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.

FERREIRA, D. C. et al. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Rev. Bras. Educação Médica**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 283–88, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a16v38n2.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017.

FONSECA, A. A; RÊGO, M. A. V. Tendência da mortalidade por câncer de pulmão na cidade de Salvador e no Estado da Bahia, Brasil, 1980 a 2011. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 175–183, mar. 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v02/pdf/04-tendencia-da-mortalidade-por-cancer-de-pulmao-na-cidade-de-salvador-e-no-estado-da-bahia-brasil-1980-a-2011.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2017.

GEORGE, J.B. **Nursing theories: the base for professional nursing practice**. 6th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education, 2011.

GOBATTO, C. A.; ARAUJO, C. F. Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. **Rev. Psicol. USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 11–34, jan/abr. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305128931002>>. Acesso em: 24 out. 2017.

GRISALES-NARANJO, L. V.; ARIAS-VALENCIA, M. M. Humanized care: the case of patients subjected to chemotherapy. **Invest. educ. enferm.**, Medellín, v. 31, n. 3, p. 364–376, sept./dic. 2013. Disponível em: <<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/17496/15166>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

GUIMARÃES, R. C. R. et al. Nursing actions facing reactions to chemotherapy in oncological patients. **J. Res.: Fundam. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2440–2452, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3589>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

GUYTON, G.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2011. (Coleção Medicinas Nacionais).

IBIAPINA, J. O. Câncer de pulmão. In: SABAS, C.V. et al. **Oncologia Básica**. Teresina: Fundação Quixote, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/livro_abc_3ed_8a_prova_final.pdf>. Acesso em: 7 out. 2017.

_____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf>. Acesso em: 8 out. 2017.

_____. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2016.

_____. **Política Nacional de Controle do Tabaco: relatório de gestão e progresso 2011–2012**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/f4278000439976b8810ef5ddf65915ec/Conicq+Relatório+de+Gestão+e+Progresso+2011-12.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=f4278000439976b8810ef5ddf65915e>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

JUSTINO, E. T. et al. A trajetória do câncer contada pela enfermeira: momentos de revelação, adaptação e vivência da cura. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 41–46, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100041>. Acesso em: 12 jun. 2016.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2017.

LAMACHIA, F. **Pedras preciosas do Brasil**. Salvador: Do Autor, 2006.

LEITE, M. A. C.; NOGUEIRA, D. A.; TERRA, F. S. Aspectos sociais e clínicos de pacientes oncológicos de um serviço quimioterápico. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 1, p. 38–45, jan./fev. 2015. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1833/pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

LIMA, E. F. A. et al. The care on chemotherapy: the perception of the nursing team. **J. Res.: fundam. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 101–108, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2855/pdf_1056>. Acesso em: 12 jun. 2016.

LIMA, I. C. P. C.; PIMENTA, C. A. M. Estigma do câncer de pulmão: conceito, fatores associados e avaliação. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, Bogotá D.C., v. 17, n. 1, p. 97–112, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145233516007>>. Acesso em: 25 out. 2017.

LÔBO, S. A. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em quimioterapia**. 2013. 55 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5543/1/2013_dis_salobo.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.

LUZ, K. R. et al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 59–63, jan./fev. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109i>>. Acesso em: 7 maio 2016.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599–608, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2017.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M. D.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n.6, p. 991-999, nov./dez. 2012. Disponível em: <<http://google.redalyc.org/articulo.oa?id=267025361016>>. Acesso em: 31 de janeiro de 2018.

MAYEROFF, M. **On caring**. 2nd. ed. New York: Harper Collins Publishers, 1990.

MELO, T. P. T. et al. A percepção dos pacientes portadores de neoplasia pulmonar avançada diante dos cuidados paliativos da fisioterapia. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 547–53, set. 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v04/pdf/08-artigo-percepcao-dos-pacientes-portadores-neoplasia-pulmonar-avancada-diante-dos-cuidados-paliativos-fisioterapia.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORI, V. D. Os sentidos subjetivos configurados na experiência do câncer: um estudo de caso. In.: REY, F. G.; BIZERRIL, J. **Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar**. Brasília: UniCEUB, 2015.

MUNIZ, N. **O que é cuidado em saúde?** Site da Rede Humaniza SUS. Brasília, 31 mar. 2015. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/89342-o-que-e-cuidado-em-saude/>>. Acesso em: 24 out. 2017.

NASCIMENTO, L. K. A. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 177–85, mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100023>>. Acesso em: 1 out. 2017.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Lung cancer prevention**. [Site da Conferência anual]. Bethesda, USA, 30 Nov. 2017. Apresenta-se como parte do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos que tem a missão buscar conhecimentos fundamentais sobre a natureza e o comportamento dos sistemas vivos e a aplicação desse conhecimento para melhorar a saúde, prolongar a vida e reduzir a doença e a deficiência.. Disponível em : <<https://www.cancer.gov/types/lung/hp/lung-prevention-pdq/>>. Acesso em: 6 dez. 2017.

NATIONAL LUNG CANCER FORUM FOR NURSES. The value of a clinical nurse specialist. [Site da Conferência anual]. Solihull, UK, [2017]. Apresenta informações e recursos exatos e completos, de acordo com as orientações recomendadas a nível nacional e apoiados por evidências de pesquisa sobre câncer de pulmão para enfermeiros. Disponível em: <<https://www.nlcf.org.uk/content/specialist-lung-cancer-nurses>>. Acesso em: 1 maio 2017.

OLIVEIRA, C. A. R. **Elaboração e validação de instrumento para consulta de enfermagem a mulheres com câncer de mama**. 2013. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernambuco, Universidade Estadual da Paraíba, Recife, 2013.

OLIVEIRA, S. M. B. **Aplicação da teoria modelo de promoção da saúde de Nola Pender na oncologia: cuidados de enfermagem à família da pessoa com câncer**. 2015. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2015.

_____. Health promotion in oncology: caring for family in a risk society. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 10, supl. 5, p. 4389– 92, Nov. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11187/12738>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

PARKER, M. E. **Nursing theories and nursing practice**. 2nd. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2005.

PENDER, N. **The health promotion model**. Nursing Theory [Manual online desenvolvido para apresentar informações gerais sobre as teorias de enfermagem]. [S.l.], 2012. Disponível em: <<http://www.healthpromotionmodel.org/theory>>. Acesso em: 6 set. 2016.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health promotion in nursing practice**. 6th. ed. Boston: Pearson, 2011.

PETIPRIN, A. **Nola Pender**. Website Nursing Theory. [Manual online desenvolvido para apresentar informações gerais sobre as teorias de enfermagem]. [s.l.], 2016. Disponível em <<http://www.nursing-theory.org/nursing-theorists/Nola-Pender.php>>. Acesso em: 6 set. 2016.

RABELO, M. C. M.; MOTTA, S. R.; NUNES, J. R. Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo. **Rev. Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 93–121, 2002.

REY, F. G. A. saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade. In.: REY, F. G.; BIZERRIL, J. **Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar**. Brasília: UniCEUB, 2015.

ROSA, L. F. A. Direitos legais da pessoa com câncer: conhecimentos de usuários de um serviço de oncologia público. **Rev. Enferm. UFSM**, São Paulo, v. 4, n. 4, out./dez. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13002>>. Acesso em: 4 set. 2016.

RUDDY, M. **Models and theories of nursing**. Milwaukee: Cardinal Stritch University Library, 2007.

SABAS, C.V. et al. **Oncologia Básica**. Teresina: Fundação Quixote, 2012.

SALES, C.A. et al. O sentimento de esperança em pacientes com câncer: uma análise existencial. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 659–67, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324032212013>>. Acesso em: 19 out. 2017.

SETHI, T. et al. Improving care for patients with lung cancer in the UK. **Thorax**, London, v. 68, p. 1181–85, Oct. 2013. Disponível em: <<http://thorax.bmj.com/content/thoraxjnl/68/12/1181.full.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

SILVA, R. C. V.; CRUZ, E. A. Planejamento da assistência de enfermagem em oncologia: estudo da estrutura das representações sociais de enfermeiras. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 116–23, mar. 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/41339/28947>>. Acesso em: 19 out. 2017.

SILVA, S.E.D. A enfermagem nas estratégias de enfrentamento implementadas a pacientes oncológicos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **J. Health Biol. Sci.**, v.3, n.3, p. 172-79. Jul./set. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/162/116>>. Acesso em: 4. fev. 2018.

SILVEIRA, J. T. P. et al. Aplicação de teorias em estudos sobre câncer de mama: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE online**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1357– 63, maio 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9820/10003>>. Acesso em: 5 jun. 2016.

SIMÃO, D. A. S. et al. Instrumentos de avaliação da neuropatia periférica induzida por quimioterapia: revisão integrativa e implicações para a prática de enfermagem oncológica. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 609–15, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/568>>. Acesso em: 5 set. 2016.

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOARES, C. R.; ALMEIDA, A. M.; GOZZO, T. O. A avaliação da rede venosa pela enfermagem em mulheres com câncer ginecológico durante o tratamento quimioterápico. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 240–24, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200005>. Acesso em: 05 set. 2016.

SORIA, D. A. C. et al. Resiliência na área da enfermagem em oncologia. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 5, p.702–706, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000500017>. Acesso em: 25 out. 2017.

SOUZA, J. R. et al. Grupo de acolhimento multidisciplinar em oncologia: promovendo assistência integral e humanizada. In: SANTOS, M. et al. **Diretrizes oncológicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SOUZA, M. C.; CRUZ, O. G.; VASCONCELOS, A. G. G. Fatores associados à sobrevida: doença-específica em pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas. **J. Bras. Pneumol.**, Brasília, v. 42, n. 5, set./out. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562015000000069>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

STEPHEN, D. S.; LORANDI, V.; FERLA, M. S. Náuseas e vômitos induzidos por terapias oncológicas. In: SANTOS, M. et al. **Diretrizes oncológicas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TAYLOR, C. R. **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

THEOBALT, M. R. **Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado**. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015. Disponível em: <<https://sistemas.ufms.br/sigpos/portal/trabalhos/download/2277/cursoId:181>>. Acesso em: 15 out. 2016.

THOMPSON, J.; THOMPSON, M. **Genética Médica**. Editado por R. L. NUSSBAUM, R. R. MCLNNES e H. F WILLARD. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, 640 p.

TIAN, J.; JIA, L. N.; CHENG, Z. C. Relationships between patient knowledge and the severity of side effects, daily nutrient intake, psychological status, and performance status in lung cancer patients. **Current Oncology**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.254–58, Aug. 2015. Disponível em: <<http://www.current-oncology.com/index.php/oncology/article/view/2366/1885>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

TIGRE, A. **Educação em saúde: práticas de uma equipe multiprofissional na atenção ao paciente oncológico em quimioterapia**. 2017. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2017.

TOSTES, C. **Papel do enfermeiro clínico especialista em oncologia**. Site do Instituto de Oncologia de Ribeirão do Preto. Disponível em: <<http://inorp.com.br/noticias/papel-do-enfermeiro-clinico-especialista-em-oncologia/>>. Acesso em: 24 out. 2017.

VASQUES, C. I.; CUSTÓDIO, C. S. Acessos vasculares. In: SANTOS, M. et al. **Diretrizes oncológicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

WALDOW, V. R. Atenção humana: a vulnerabilidade de estar doente e sua dimensão de transcendência. **Index Enferm.**, Granada, v. 23, n. 4, oct./dic. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

_____. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investig. Enferm. Imagen Desarr.**, Javeriana, v. 17, n. 1, p. 13–25, ene./jun. 2015. Disponível em: <<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/7888/9700>>. Acesso em: 04 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer country profiles 2014: Brazil**. Geneva, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/countryprofiles/bra_en.pdf?ua=110factsaboutcancerUpdatedFebruary2017>. Acesso em: 28 maio 2017.

_____. **10 Facts on physical activity**. Geneva, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/en/> Acesso em: 9 set. 2017.

ZERATI, A. E. et al. Cateteres venosos totalmente implantáveis: histórico, técnica de implante e complicações. **J. Vascular Brasileiro**, v. 16, n. 2, p. 128–139, abr./jun. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245052148008>>. Acesso em: 30 set. 2017>.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, da pesquisa intitulada: **“O cuidado de enfermagem à pessoa em tratamento quimioterápico: narrativas de vida”**. Essa pesquisa tem por **objetivo(s)**: identificar nas narrativas de vida dos pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico o entendimento sobre promoção da saúde, processo de adoecimento e cuidado e discutir os modos de enfrentamento do adoecimento por esses pacientes. O benefício relacionado à sua participação será a difusão de informação e possibilidade de conhecimento sobre o cuidado de enfermagem ao paciente oncológico em tratamento quimioterápico.

Você poderá ter riscos mínimos, visto que poderá achar que determinada pergunta o incomoda, porque as informações que coletaremos serão sobre sua história de vida. Assim, você pode escolher não responder qualquer pergunta que o façam sentir-se incomodado. E caso necessite de suporte emocional, será encaminhado para o serviço de psicologia da instituição. Não haverá outros riscos de qualquer natureza relacionados à sua participação.

Concordando em participar, você responderá uma entrevista aberta que consiste na combinação de escuta atenta e questionamento sobre a sua história de vida e suas respostas serão gravadas em gravador de voz para posterior transcrição. As informações obtidas através desta pesquisa são totalmente confidenciais e o sigilo sobre a participação é assegurado. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas, sem qualquer identificação dos indivíduos ou instituições e serão guardados, sob minha responsabilidade, por 5 anos e, posteriormente, destruídos.

A sua participação não é obrigatória. E a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma. Caso você concorde em fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, o qual possui duas vias: uma delas é sua, e a outra da pesquisadora responsável.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Contato da pesquisadora: Coordenação de Ensino de Pós-Graduação em Enfermagem – Uerj - Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de setembro, nº 157 – Vila Isabel, 7º andar. Tel.: 2868-8235 – Ramal 210. E-mail: vel.cordeiro@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Uerj (COEP/Uerj) – Rua São Francisco Xavier, 524, Sala 3018, Bloco E. CEP: 20 550-900 – Tel: (21) 2334 2180. E-mail: etica@uerj

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Verônica dos Santos Cordeiro
Pesquisadora responsável

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**Parte 1 – Caracterização dos sujeitos**

Questionário nº _____

Nome: _____	Idade: _____	Sexo: () M () F
Escolaridade: () Ensino fundamental () Ensino médio	() Superior Incompleto () Superior Completo	() Mestrado () Doutorado
Profissão: _____	Etnia: _____	Religião: _____
Estado civil: () Solteiro	() Casado/ União estável	() Divorciado () Viúvo
Bairro/ Cidade: _____	Nº pessoas Reside: _____	Meio de transporte: _____
Situação laboral: () Ativo(a) () Ativo – Licença Médica	() Aposentado(a)	() Desempregado(a)
Comorbidades: 1 _____	2 _____	3 _____
Tabagismo: () Sim (ex-fumante) () Sim (Atual.) Por quanto tempo: _____ Quantidade: _____ Tipo: _____ () Não Há quanto tempo: _____	Bebida Alcoólica: () Sim Por quanto tempo: _____ Quantidade: _____ Tipo: _____ () Não Há quanto tempo: _____	Atividades Físicas: () Sim Por quanto tempo: _____ Quantidade: _____ Tipo: _____ () Não _____ Há quanto tempo: _____
Quando foi diagnosticado: _____	Via de infusão:	OBS:
Diagnóstico:	Fez QT só CVC: _____	_____
Somente primário: _____	Fez QT só na veia: _____	_____
Metástase: _____	Fez QT veia/ CVC: _____	_____
Protocolo:	_____	

Parte 2: Pergunta norteadora da entrevista

Fale sobre sua vida que tenha relação com o seu adoecer com o câncer, o tratamento quimioterápico relacionando com as orientações e os cuidados de enfermagem recebidos desde a consulta de enfermagem.

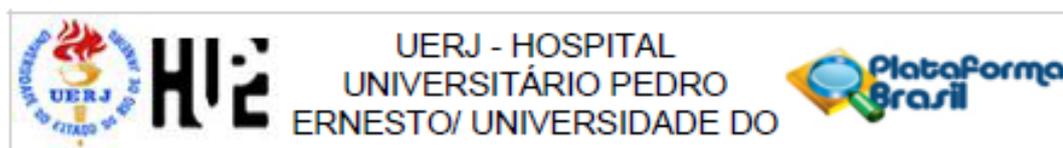
APÊNDICE C – Orçamento

Quadro 5 – Orçamento

Identificação do Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R\$)
Material de escritório	Custeio	7.000
Alimentação	Custeio	1.300
Transporte	Custeio	4.000
Artigos	Custeio	3.000
Eventos	Custeio	5.000
TOTAL		20.300,00

Fonte: A autora, 2017.

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Narrativas de vida de pessoas em tratamento quimioterápico: Repercussões do cuidado de enfermagem

Pesquisador: VERÔNICA DOS SANTOS CORDEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62785816.0.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.873.859

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto mestrado da Faculdade de Enfermagem intitulado "Narrativas de vida de pessoas em tratamento quimioterápico: Repercussões do cuidado de enfermagem". Os sujeitos da pesquisa serão os pacientes com diagnóstico de câncer de pulmão que estejam em tratamento quimioterápico, atendidos na Clínica de Oncologia situada no município do Rio de Janeiro. o instrumento adotado será uma entrevista aberta que consiste na combinação de escuta atenta e questionamento porque o entrevistado não narra somente a sua vida, ele dá mais profundidade às reflexões sobre a sua vida, enquanto conta. A análise dos dados será realizada através de análise temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Compreender a percepção dos pacientes em tratamento quimioterápico, com câncer de pulmão sobre o processo saúde adoecimento cuidado por meio da narrativa de vida.

Objetivos específicos:• Identificar na historia de vida dos pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico o entendimento sobre o processo saúde adoecimento e cuidados;• Descrever as ações de promoção da saúde e as orientações de enfermagem referidas pelos pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico, durante a consulta de enfermagem;• Analisar se a repercussão do cuidado de enfermagem tem propiciado benefícios

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **Fax:** (21)2264-0853 **E-mail:** cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.873.859

para a sua saúde e qualidade de vida do pacientes com câncer de pulmão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São apontados como riscos e benefícios:

Riscos:

O estudo oferece riscos mínimos, visto que, poderá achar que determinada pergunta o incomoda, porque as informações que coletaremos serão sobre sua história de vida. Assim, o entrevistado poderá escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Não haverá outros riscos de qualquer natureza relacionada a este estudo.

Benefícios:

No ensino, esse estudo beneficiará o enriquecimento de discussões na graduação, pós-graduação *scriptu e lato sensu*, assim como na área da oncologia. Corrobora-se para estimular o desenvolvimento de futuras pesquisas com pacientes oncológicos e realizando tratamento quimioterápico, propiciando a esses estudantes maior conhecimento nesta área e, conseqüentemente, melhoria da qualidade na assistência à saúde. Na comunidade científica, o estudo pretende fortalecer a produção de conhecimentos no âmbito da oncologia com ênfase no paciente oncológico em tratamento quimioterápico e na promoção da saúde, bem-estar. Além disso, esse estudo pretende contribuir para a difusão de informação e possibilidade de conhecimento sobre o cuidado de enfermagem, que deve ser oferecido de forma oportuna, ao paciente oncológico em tratamento QT permitindo a continuidade desse cuidado. Almeja-se também que possa trazer contribuições que possibilitem a sedimentação de conhecimentos na linha de pesquisa do Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), intitulada: "Fundamentos filosóficos, teóricos e tecnológicos do cuidar em saúde e enfermagem"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante. Foram avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos eminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pela diretora da Faculdade de Enfermagem – UERJ

Cronograma atualizado

TCLE deverá incluir o contato particular da pesquisadora.

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.873.859

Apresenta carta de anuência da instituição onde será realizado o estudo.

Financiamento próprio

Recomendações:

Inclusão de contato telefônico da pesquisadora no TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho está aprovado, mas deverá ser atendida a recomendação. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO. Para ter acesso ao PARECER CONSUBSTANCIADO: Clicar na "LUPA" (DETALHAR) - Ir em "DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA ", clicar na opção da ramificação (pequeno triângulo no entrocamento do organograma) de pastas chamada – "Apreciação", e depois na Pasta chamada "Pareceres", o Parecer estará nesse local.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_824118.pdf	11/11/2016 16:58:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	veronica_dos_santos_cordeiro.pdf	11/11/2016 16:54:37	VERÔNICA DOS SANTOS CORDEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.pdf	11/11/2016 16:52:13	VERÔNICA DOS SANTOS CORDEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	apendice_a_tcle.pdf	11/11/2016 16:50:55	VERÔNICA DOS SANTOS CORDEIRO	Aceito

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

CEP: 20.551-030

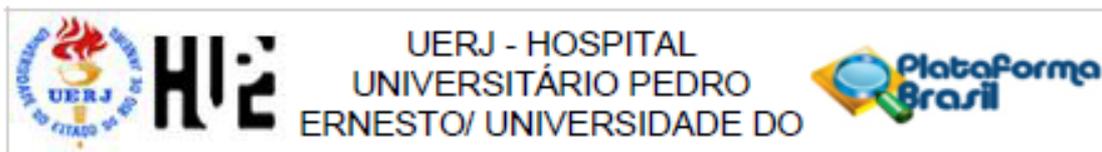
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

Fax: (21)2264-0853

E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.873.859

Ausência	apendice_a_tcle.pdf	11/11/2016 16:50:55	VERÔNICA DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	apendice_d_orcamento.pdf	11/11/2016 16:49:34	VERONICA DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	apendice_b_cronograma.pdf	11/11/2016 16:47:43	VERONICA DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/11/2016 16:37:21	VERÔNICA DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Dezembro de 2016

Assinado por:
DENIZAR VIANNA ARAÚJO
(Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br

ANEXO B – Termo de ciência da instituição

CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Enfermagem

Prezado Senhor Diretor / Gerente de Enfermagem do Grupo COI

Solicitamos autorização institucional para utilização do campo (Centro de Terapia Infusional) para coleta de dados junto aos pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico, que serão participantes da pesquisa intitulada: Narrativas de vida de pessoas em tratamento quimioterápico; Repercussões do cuidado de enfermagem pela Enfermeira Mestranda Verônica dos Santos Cordeiro, regularmente matriculada no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob a orientação da Profª Drª Lina Márcia Migueis Berardinelli.

Ressaltamos que a coleta de dados iniciará após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 466/2012. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Vale ressaltar que os dados serão coletados fora do expediente de trabalho, com o objetivo de não comprometer a carga laboral da funcionária bem como seu rendimento em suas atividades.

Rio de Janeiro, 08 de novembro de 2016.

Verônica dos Santos Cordeiro
Verônica dos Santos Cordeiro
Enfermeira Mestranda

Concordamos com a solicitação

Nelson Luiz Spente Teich
Dr. Nelson Luiz Spente Teich
Diretor Grupo COI

Não concordamos com a solicitação

Patricia Martins Passos
Enfª Patricia Martins Passos
Gerente de Enfermagem

Patricia Passos
Gerente de Enfermagem
COREN 81780