

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

HAZE MARIA CAROLINA RISOLIA E MENDONÇA

PERCEPÇÃO DE PESSOAS COM NEOPLASIA ETILISTAS E TABAGISTAS SOBRE
SAÚDE DOENÇA

ALFENAS/MG

2018

HAZE MARIA CAROLINA RISOLIA E MENDONÇA

PERCEPÇÃO DE PESSOAS COM NEOPLASIA ETILISTAS E TABAGISTAS SOBRE
SAÚDE DOENÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG.

Linha de Pesquisa: O Processo de Cuidar em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior.

Coorientador (a): Prof.^a Dra. Eliza Maria Rezende Dázio.

ALFENAS/MG

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas

M539p Mendonça, Haze Maria Carolina Risolia e.
Percepção de pessoas com neoplasia etilistas e tabagistas sobre saúde
doença. / Haze Maria Carolina Risolia e Mendonça. - Alfenas/MG, 2018.
100 f.: il. –

Orientador: Sinézio Inácio da Silva Júnior.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de
Alfenas, 2018.
Bibliografia.

1. Câncer. 2. Etilismo. 3. Tabagismo. 4. Concepção de saúde. 5.
Percepção de saúde. 6. Enfermagem. I. Silva Júnior, Sinézio Inácio da. II.
Titulo.

CDD-610.73



Haze Maria Carolina Risolia e Mendonça

“Percepção de pessoas com neoplasia etilistas e tabagistas sobre saúde e doença”

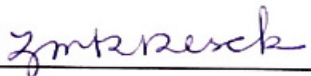
A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 29/11/2018

Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: 

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: 

Profa. Dra. Eliane Garcia Rezende
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-
MG – UNIFAL-MG

Assinatura: 

Dedico ao meu irmão **José Alberto Dimitri Risolia Mendonça Netto**, não acredito que você foi embora, não acredito no que vi. Você foi e é muito amado, a lacuna que deixou em nossas vidas pulsa a cada dia. Te amo infinitamente.

*01/03/1981 – +20/07/2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço à FAPEMIG e a CAPES pelo apoio financeiro.

Agradeço à Banca Examinadora Prof.^a Dra. Eliane Garcia Rezende e Prof.^a Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck pela disponibilidade e contribuição para o crescimento da pesquisa.

Agradeço ao meu Orientador Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior por mostrar que ainda existe empatia, humanidade sem deixar de ser um verdadeiro mestre, um professor e não um doutrinador. Obrigada por todo o ensino e força que me deu durante esta trajetória.

À minha Coorientadora Prof.^a Dr^a. Eliza Maria Rezende Dázio por todos os anos que acreditou no meu trabalho.

Minha mãe, Marli Risolia Mendonça, você foi a única que me amparou e teve orgulho de mim em todos os momentos, tanto em relação à minha graduação quanto ao mestrado. Te amo.

Keila Oliveira e Família Oliveira, não tenho como descrever o carinho que tenho por vocês e um simples agradecimento não faz jus. Vocês me apoiaram desde quando falei que iria fazer a prova, Dona Izilda, sempre rezando por mim, Adriana, sempre me defendendo durante os momentos de injustiça, as crianças me fazendo rir. Keila, sempre ao meu lado, não deixou que eu me entregasse, sempre ajudou nos momentos mais difíceis. “Em todo o tempo ama o amigo e para a hora da angústia nasce o irmão”. Amo vocês.

Ne laissez personne détruire vos rêves.
(Haze Risolia e Mendonça)

RESUMO

O câncer é uma doença de crescente impacto epidemiológico, gerando crescentes custos e potencializando o sofrimento da condição humana. Para a maior efetividade de técnicas preventivas, curativas e paliativas relativas à doença é importante a compreensão do conceito de saúde por parte da pessoa com câncer. O objetivo deste estudo foi avaliar a concepção de saúde de pessoas com câncer que são ou foram etilistas e ou tabagistas. Foi feita uma abordagem qualitativa, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas e análise temática. Foram entrevistadas 20 pessoas com câncer, que são ou foram etilistas e ou tabagistas, a respeito de sua concepção sobre o que é saúde. Foram identificadas seis categorias e quinze subcategorias que demonstraram percepções dos participantes sobre saúde doença. Também emergiram nas falas dos participantes conhecimentos baseados no senso comum e em valores universais referentes às neoplasias e que marcam a vida daqueles que passam por este agravo. E com isso verifica-se que é de suma importância estudar e abordar a temática de percepções das pessoas no que tange sobre saúde e doença, para que isso fortaleça e adeque o atendimento de saúde. Do mesmo modo constatou que os participantes possuem conhecimentos quase que em sua totalidade ligado ao modelo biomédico, ou seja, pautando a saúde a condição de não existência de doença e a doença como os problemas físicos.

Palavras-chave: Câncer. Etilismo. Tabagismo. Concepção de saúde. Percepção de saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Cancer is a disease of increasing epidemiological impact, generating increasing costs and increasing the suffering of the human condition. For the greater effectiveness of preventive, curative and palliative techniques related to the disease, it is important to understand the concept of health by the person with cancer. The objective of this study was to evaluate the health conception of people with cancer who are or were alcoholics and / or smokers. A qualitative approach was used, using semi-structured interviews and thematic analysis. We interviewed 20 people with cancer, who are or were alcoholics and / or smokers, about their conception of what is health. Six categories and fifteen subcategories were identified that demonstrated participants' perceptions about health disease. It also emerged in the speeches of the participants knowledge based on common sense and universal values concerning neoplasms and that mark the life of the one who goes through this aggravation. And with this it is verified that it is of paramount importance to study and approach the theme of people's perceptions regarding health and disease, so that this strengthens and adjusts health care. In the same way, he found that the participants have almost all of their knowledge linked to the biomedical model, that is, health is the condition of non-existence of disease and disease as the physical problems.

Keywords: Cancer. Smoking. Alcoholism. Health conception. Perception of health. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Percepção sobre saúde e doença (2018)	41
Tabela 2	-	Relação do uso de tabaco e álcool com o surgimento do câncer para o participante (2018)	47
Tabela 3	-	Descrições sobre orientações e educação em saúde promovida pelos profissionais da área da saúde aos participantes (2018)	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA	- Câncer
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
IARC	- <i>International Agency for Research on Cancer</i>
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organização Não-Governamental
PNH	- Política Nacional de Humanização
SBCCP	- Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNF	- Fator de necrose tumoral
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	APRESENTAÇÃO.....	14
1.2	JUSTIFICATIVA PERCEPÇÃO.....	17
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1	CÂNCER.....	18
2.2	ÁLCOOL E TABACO.....	20
2.3	CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO RELACIONADO AO DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER.....	22
2.4	A SAÚDE E A DOENÇA.....	24
3	OBJETIVOS.....	27
3.1	OBJETIVO GERAL.....	27
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	28
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	28
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	30
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	30
4.4	COLETA DE DADOS.....	30
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	32
4.5.1	Análise dos Dados Segundo Liamputtong.....	33
4.5.2	Codificação na Análise dos Dados.....	34
4.5.3	Análise Temática.....	35
4.5.4	A Fenomenologia como Método.....	36
4.6	QUESTÕES ÉTICAS.....	37
5	RESULTADOS.....	39
6	DISCUSSÃO.....	52
6.1	SILÊNCIO CORPORAL.....	55
6.2	BEM-ESTAR.....	59
6.3	AUTOSSUFICIÊNCIA.....	62
6.4	ENFERMIDADE.....	65

6.5 FATORES CAUSAIS DO CÂNCER (TABACO E/OU ÁLCOOL)	69
6.6 ASSISTÊNCIA DE SAÚDE	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA	90
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
ANEXO A – Autorização Vida Viva	96
ANEXO B – Comitê de Ética	97

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O interesse pela área oncológica emergiu ainda no período da graduação, desencadeado por meio de uma pesquisa de iniciação científica e pela participação em projetos de extensão universitária, sendo que um possuía como foco auxiliar na reabilitação, no enfrentamento e no tratamento de mulheres com câncer de mama, proporcionando este um contato muito marcante, isso porque mostrou o quanto é importante o apoio dos profissionais de saúde para que estas mulheres pudessem voltar a viver com o menor número de sequelas, fossem elas físicas, mentais ou sociais, pois neste projeto o apoio era realizado de maneira ampla e individual auxiliando as mesmas a passarem por esse período com menos estresse, sentimentos positivos, compreendendo sua patologia e seu tratamento. O outro projeto de extensão universitária que participei também atendia muitas pessoas que estavam com câncer ou tiveram essa patologia há um tempo, sendo que o foco era o atendimento de pessoas com estomias e feridas o que levaria a mais um contato direto com pessoas com diagnóstico de neoplasias.

Durante o período da iniciação científica, pesquisei sobre a sexualidade de mulheres que tinham passado pelo câncer de mama, sendo que este estudo me mostrou o quanto à patologia afeta a vida social da mulher, uma vez que muitas delas necessitaram da cirurgia de mastectomia total ou parcial, fazendo com que se sentissem menos femininas e quase assexuadas, ou seja, não acreditavam que algum homem poderia desejá-las pela falta da mama ou de parte dela. Sendo este o resultado que a pesquisa trouxe, a visão deturpada de não serem detentoras de sua feminilidade em decorrência das perdas que a doença e a terapêutica causaram, uma mudança da forma de como as mulheres se veem e se sentem, portanto, o tratamento não deve se limitar ao físico, mas sim se estender para o psicológico e até o apoio social.

No período dos estágios curriculares obrigatórios optei pelos setores que poderiam receber pessoas que estivessem na luta contra o câncer, sendo que esta escolha teve o intuito de estar próxima a uma área que no decorrer da graduação atraiu minha atenção e interesse.

Outro fato que despertou meu interesse pela área oncológica, foi os dados estatísticos alarmantes revelados em pesquisas que abordavam a temática neoplasia, e posteriormente confirmados esses dados nas disciplinas de clínica médica e cirúrgica I e II demonstrando que é um problema de saúde pública.

Com este envolvimento realizei o trabalho de conclusão de curso com foco na oncologia, porém desta vez me voltei para os cuidadores de pessoas que estavam ou tiveram neoplasia, o sofrimento de uma pessoa com câncer é intenso, entretanto, o cuidador acaba ficando em segundo plano sendo que este é fundamental durante o tratamento, pois ele fica diariamente no cuidado domiciliar, o que pode ser exaustivo, estressante, e muda completamente o seu cotidiano, por isto, os profissionais de saúde devem incluir o cuidador no plano de tratamento de uma pessoa com neoplasia.

Portanto, com o decorrer do tempo verifiquei vertentes e questões ligadas à oncologia que propiciaram aprender e compreender mais profundamente sobre a doença e suas consequências no que tange a área do cuidado, para que possamos como profissionais de saúde atuar realmente de maneira holística.

Por este fato, após o término da graduação surgiu um anseio de realizar uma pesquisa que pudesse permitir uma análise de como as pessoas que passam ou passaram pelo câncer, sendo, antigos ou atuais etilistas e/ou tabagistas entendem sobre sua saúde. Este interesse emergiu das observações em todos os momentos da graduação que tive contato com pessoas que tiveram ou estavam com neoplasia, visto que em alguns momentos consegui constatar que mesmo com o tumor muitas pessoas optaram por permanecer com seus vícios (etilistas e tabagistas) e maus hábitos, mesmo após as recomendações dos profissionais de saúde.

E estas recomendações se baseiam em conhecimentos científicos, que afirmam que o etilismo e o tabagismo trazem riscos à saúde, entretanto, por estarem ligados a estilos de vida nos quais se busca prazer, seu controle é dificultado. Uma vez que a própria mídia comercial associa, especialmente, ao álcool, uma vida feliz e divertida.

Estes fatores podem influenciar a percepção sobre os potenciais danos do consumo que o álcool e o tabaco podem produzir e acentuar a chamada inconsistência temporal (KENKEL; SINDELAR, 2011), fazendo com que o consumidor não troque o prazer imediato por benefício futuro, prejudicando as ações preventivas e curativas de médio e longo prazo.

Assim, quando visa um maior envolvimento da pessoa com o seu processo curativo, é estratégico saber como tais hábitos e adicções são percebidos em relação à sua patologia, no presente caso o câncer. Mais do que isso, é importante saber o que as pessoas entendem por saúde e doença e o que elas pensam sobre o que causa o câncer.

Para entender é necessário buscar a percepção da pessoa, que é determinada pela maneira na qual visualiza as coisas ou fatos, ou seja, no caso de uma pessoa doente a visão da mesma acredita-se que será diferenciada e com posicionamentos construídos a partir das experiências vivenciadas no período da doença, fato este que nos demonstra o qual importante e interessante é voltar o olhar para grupos com especificidades que interferem nessa percepção (PIMENTA; CALDAS, 2014).

Então, quando se pensa em pessoas com problemas oncológicos já se entende que a pessoa passa por momentos de grande mudança fisiológica e mental, e se esta também for consumidora de substâncias como o álcool e o tabaco, as percepções dela devem ser desvendadas para que possam ser utilizadas na prevenção do consumo destas substâncias, na promoção da saúde individual e social, e por fim para elucidar lacunas existentes entre o saber dos profissionais de saúde (científico) e o das pessoas doentes (subjetivo).

Este desvendar sobre as percepções das pessoas com neoplasia etilistas e/ou tabagistas sobre o câncer contribuirá para um atendimento de saúde mais resolutivo e eficiente para promover saúde. E para que o almejado se torne realidade é impreterível que os profissionais da saúde utilizem uma visão holística do ser humano e, por outro lado, busquem a todo instante as singularidades (FALK et al., 2010).

Pelo fato de ter observado que algumas pessoas com neoplasias atendidas nas experiências supracitadas eram ou foram usuárias das substâncias álcool e tabaco despertou alguns questionamentos, como os seguintes: “O que as pessoas entendem como saúde e doença? O que elas pensam sobre o que causa o câncer? Quem realiza

as orientações de saúde a estas pessoas e quais são estes?”. Ressalta-se que por não ser objeto das pesquisas anteriores nunca foram indagados sobre o assunto consumo destas substâncias e do vínculo com sua saúde.

E com o intuito de responder a estas indagações se fez necessário idealizar e realizar este projeto.

Nesse contexto, para uma prática de saúde mais efetiva em prevenir danos derivados do consumo de tabaco e álcool é muito importante entender como as pessoas com neoplasia percebem a relação do tabagismo e etilismo com a saúde e doença.

1.2 JUSTIFICATIVA

Como a saúde tem determinação multifatorial e a pessoa está em constante interação com o ambiente, é importante saber qual é a percepção sobre o processo saúde/doença e verificar se há o reconhecimento de que os hábitos e o ambiente são fatores influenciadores da saúde.

Ao se considerar as percepções sobre saúde e doença descritas pelos etilistas e tabagistas com histórico de neoplasia será possível produzir conhecimento para melhorar a atuação dos profissionais da área da saúde. Outro fator de suma importância é que com a caracterização desta população específica a mesma terá suas visões, posições e conhecimento sobre a neoplasia e o processo saúde-doença expostos de maneira a facilitar a interação, comunicação, tratamento e até mesmo discussão sobre possíveis condutas da assistência de saúde. Condutas que sejam inspiradas no respeito à pessoa etilista e tabagista, evitando sua estigmatização e culpabilização, de modo a melhorar o acolhimento e aumentar sua adesão ao tratamento.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O CÂNCER

O câncer é um conjunto de várias doenças que se caracteriza pelo crescimento rápido e descontrolado das células, em sua maioria acontece de maneira agressiva e formando tumores malignos que irão interferir no funcionamento de tecidos, órgãos e do organismo como um todo. Essas células que sofrem um descontrole têm inúmeras fontes causadoras, sendo de cunho externo ou interno ao organismo, podendo se concentrar em uma só região ou se espalhar por todo o corpo, situação intitulada de metástase (INCA, 2015; A.C. CAMARGO CANCER CENTER, 2017).

A carcinogênese é o processo de desenvolvimento de tumores malignos que são aglomerados de células anômalas. E este se inicia por uma célula que sofreu uma mutação genética que acarretou o crescimento exacerbado, sendo que os clones das células anormais contêm as modificações genéticas que não permitem regular a divisão celular quando é detectado um erro. Portanto, as células anômalas se proliferarão e se espalharão pelo organismo por meio da corrente sanguínea e/ou linfática. Mesmo com todos os desenvolvimentos tecnológicos na área da oncologia o tempo da carcinogênese é indefinido, ou seja, uma neoplasia pode demandar um ano ou mais para progredir e depende de múltiplos fatores para causar a mutação (ABBAS et al., 2012).

Mas referente às causas os cânceres podem se classificar em dois grupos: causas internas e externas. Aqueles pertencentes às causas internas e que se relacionam à hereditariedade, no entanto, representam apenas 5% dos diagnósticos de câncer. A maior proporção dos diagnósticos está relacionada às causas externas, sendo elas os fatores ambientais (poluição, exposição aos raios ultravioletas, radiações) e os hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, alimentação), que podem ser evitados ou modificados para que não afetem a saúde das pessoas (INCA, 2015; A.C. CAMARGO CANCER CENTER, 2017; SANTOS et al., 2012).

Nas últimas décadas as incidências de câncer continuaram aumentando, sendo que na estimativa mundial realizada pelo Globocan 2012, da International Agency for Research on Cancer (IARC), os resultados apontaram o surgimento de 14 milhões de novos casos e destes 60% foram vivenciados nos países em desenvolvimento. O Brasil não foge a este estigma de altas incidências de câncer, de acordo com dados divulgados pelo INCA na estimativa 2016 para o biênio 2016-2017 serão 600 mil novos casos, o que coloca a população brasileira em perfil epidemiológico semelhante ao dos países da América Latina e do Caribe (INCA, 2015).

Estima-se que no mundo, o câncer tenha aumentado para 18,1 milhões de novos casos e 9,6 milhões mortes em 2018. Um em cada cinco homens e uma em cada seis mulheres em todo o mundo desenvolvem câncer durante a vida, e um em oito homens e uma em cada 11 mulheres morre da doença (WHO, 2018). As Américas têm 13,3% da população global e respondem por 21,0% de incidência e 14,4% de mortalidade no mundo (WHO, 2018).

Cânceres de pulmão, mama e colorretal são os três principais tipos em termos de incidência, e estão classificados entre os cinco primeiros em termos de mortalidade (primeiro, quinto e segundo, respectivamente). Juntos, os três são responsáveis por um terço da incidência de câncer e da carga de mortalidade no mundo todo (WHO, 2018).

Os cânceres do pulmão e de mama são os principais tipos em todo o mundo em termos do número de novos casos (WHO, 2018).

Pela crescente incidência e mortalidade, o câncer se tornou um problema de saúde pública, cabendo precauções e vigilância permanente para que fatores de risco sejam eliminados e diagnósticos precoces sejam feitos para maior possibilidade de cura e prevenção. Para tanto, as ciências da saúde devem efetuar o maior número de estudos que envolvam o conhecimento sobre esta patologia gravíssima, e em especial observar as pessoas que sofrem com o câncer de maneira a aumentar a taxa de sobrevivência e principalmente o bem-estar de todos que passarem por esta enfermidade, possibilitando a minimização das dores e do sofrimento.

2.2 ÁLCOOL E TABACO

Um dos desafios das últimas duas décadas no campo da saúde tem sido a luta contra o consumo do cigarro (tabaco) e bebidas alcoólicas, em decorrência dos malefícios que estes podem provocar no organismo. E dentre esses malefícios o que é mais amplamente divulgado na mídia, por ser um dos principais, é o câncer, sendo os que se desenvolvem nas regiões da cabeça/pescoço, sistema respiratório e sistema gastrointestinal os mais frequentes nas pessoas que consomem tabaco e álcool (INCA, 2015).

O consumo de bebidas alcoólicas de acordo com a OMS sem malefícios para o organismo seria aquele inferior a 30 gramas de álcool por dia, ou seja, isso indicaria o consumo de menos de dois copos de cerveja ou três chopes, ou duas doses de bebidas destiladas. No entanto, quando se volta os olhares para os brasileiros emerge um alerta, pois o país é um dos locais onde o consumo de bebidas alcoólicas está acima da média mundial, alcançando o patamar preocupante e de alto risco de adquirir doenças e lesões devido à exposição ao excesso de álcool (WHO, 2014).

Sobre o consumo de álcool na população brasileira, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas de 2013 indicou que a cada 10 brasileiros que consomem álcool, dois realizam o consumo de maneira excessiva. Segundo este levantamento o consumo excessivo seria a ingestão em grande quantidade em um curto espaço de tempo (duas horas), sendo para os homens o total de cinco unidades de álcool e para as mulheres quatro unidades, e esta última informação também foi apontada pela OMS no “*Global status report on alcohol and health 2014*” (LARANJEIRA et al., 2013; WHO, 2014).

Referente ao consumo do tabaco não existe quantidade de consumo considerado aceitável, mesmo a exposição passiva à fumaça do tabaco já contribui para o aparecimento de doenças respiratórias, câncer de pulmão e do sistema cardiovascular. Apesar de no Brasil, entre os anos de 1989 a 2008, ter sido constatada uma queda no número de fumantes de cigarro, sabe-se que o consumo do tabaco não caiu na mesma proporção, e isso se explica este fato quando se constata que a população tem migrado para outros produtos derivados do tabaco (SZKLO et al., 2011).

Outro fato relevante apontado por Szklo et al., (2011) é que o consumo destes produtos derivados do tabaco aumentou na faixa dos mais jovens, e uma explicação apontada é que a indústria aumentou o empenho e o investimento para ganhar este grupo fornecendo produtos de preços acessíveis e de fácil acesso. Isto contribui para que a exposição ao tabaco seja precoce e se torne crônica, o que poderá aumentar as chances de se contrair problemas de saúde causados ou influenciados por esta substância.

Voltando para o consumo de álcool se verifica que é favorecido por indivíduos susceptíveis e que por ventura já possuam outro hábito rotineiro e de dependência, e o consumo de tabaco é o mais associado. E esta associação acaba por propiciar a intensificação dos danos gerados à saúde dos indivíduos e até mesmo dos mais próximos (WHO, 2014).

Apesar dos conhecidos malefícios causados pelo tabagismo e etilismo, não é simples o controle destes hábitos na população. Sua prática associa-se à busca de prazer e satisfação imediatos, e por isso não transmitem para as pessoas algo ameaçador que supere o prazer imediato produzido. Nesse sentido, manifesta-se um dos maiores desafios para a saúde pública e educação em saúde que é a chamada inconsistência temporal (KENKEL; SINDELAR, 2011). Este fenômeno, estudado em economia comportamental, traduz-se por um estilo de vida influenciado pela lógica de que não vale a pena trocar prazer imediato por um benefício futuro (abrir mão do prazer imediatamente oferecido pela droga em troca de prevenção de futura doença).

Tanto nas bebidas alcoólicas quanto nos produtos derivados de tabaco pode-se observar características comuns, como o fácil acesso, os preços acessíveis e a legalização dos produtos que permite que o uso seja em excesso, de maneira banal e descontrolada, pois a ideia que é passada pelo marketing desses produtos é que as pessoas que bebem e fumam têm o status de adultos, independentes e sociáveis.

2.3 CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO RELACIONADO AO DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER

É notório que a adicção ao tabaco e do álcool são atualmente considerados problemas de saúde pública, sendo um dos motivos que os levaram a este patamar é o fato de serem fatores de risco para o desenvolvimento do câncer. No entanto, o ato de fumar e consumir bebidas alcoólicas tem condicionantes ambientais que determinam o estilo de vida individual a partir da cultura e dos hábitos familiares, dentre outros (CARLINI, et al., 2006; A. C. CAMARGO CANCER CENTER, 2017).

De acordo com Carlini (2006) o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas se inicia por volta dos 12 anos de idade em ambos os sexos. Esta situação chama a atenção e causa preocupação pelo fato de que a expectativa de vida dos brasileiros aumentou, unido ao uso precoce dessas substâncias e ao longo período de exposição, aumenta a probabilidade de que danos à saúde sejam causados. Em outro estudo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2010), também relata o início precoce da experimentação do tabaco (cigarro) e do álcool (bebidas alcoólicas) propiciando às pessoas uma maior possibilidade de adicção e de adquirir doenças que possuem essas substâncias como fatores de risco.

Por este fato a abordagem deve ser feita antes do uso dessas drogas lícitas causarem danos à pessoa, porém o que se observa na maioria das vezes é que os profissionais de saúde identificam o abuso de álcool e tabaco quando seus efeitos adversos já estão instalados. É necessário realizar a averiguação sobre o consumo dessas drogas a fim de realizar uma triagem do seu consumo abusivo (LIMA, 2015).

Para entendermos como se desenvolve o câncer a partir da ingestão dessas substâncias, precisamos compreender as ações e os fatores envolvidos na absorção destas no organismo, como a idade e o sexo, no entanto, entre as diferentes bebidas alcoólicas já existem as diferenças, como, por exemplo, a absorção no caso da cerveja ocorre de forma mais lenta que os demais destilados, inclusive aumentando a gastrina circulante; outra situação apontada ligada ao sexo seria a de que em mulheres a absorção acontece mais rápida (CHAVES; ISHIYAMA; BLUM, 2013; LIMA, 2015).

O consumo do etanol pode levar a diversas alterações no sistema digestório, que vão de lesões até alterações neurais e musculares, fatores estes que repercutem na motilidade gastrointestinal, além do alcance da toxicidade em diferentes órgãos, podendo levar à carcinogênese (CARRARD, 2013).

A cavidade oral, faringe, esôfago e estômago são expostos ao etanol e às substâncias presentes no cigarro imediatamente após o consumo. Uma destas ações diretas ocorre na mucosa com uma mudança no epitélio, que ocasiona um elevado risco de se formar um adenocarcinoma (SBCCP, 2016). Exclusivo ao etanol está a alteração na proteção da mucosa, que acarreta o aumento do risco de colonização de bactérias e de outros parasitas, gerando assim alterações na microcirculação, produção excessiva de prostaglandinas e dano estrutural irreversível (INCA, 2015).

O álcool interfere na função da musculatura digestiva, podendo alterar o trânsito pelo estômago e intestino delgado. As bebidas alcoólicas com maiores concentrações de álcool tendem a inibir a motilidade gástrica e retardar seu esvaziamento. Outra informação de relevância é o fato de propiciar a liberação de citocinas, histaminas e leucotrienos que podem lesionar a mucosa duodenal e se estender aos vilos intestinais, o que facilita a penetração de endotoxinas, interleucinas, bactérias e fator de necrose tumoral (TNF) na corrente sanguínea e linfática (CARRARD, 2013).

As substâncias contidas no cigarro e nas bebidas alcoólicas exercem um grande papel no desenvolvimento de tumores, agindo como facilitador da ação de agentes carcinogênicos. Esta associação aumenta 45 vezes o advento do risco de tumores de língua, laringe e faringe, e estudos epidemiológicos mostram um grande risco de câncer esofágico, e também elevam o risco de câncer de cólon e reto (LIMA, 2015).

A cada ano 400.000 pessoas morrem devido ao tabagismo e o câncer de pulmão que está entre as causas mais frequentes desses óbitos (INCA, 2015). O tabagismo provoca e agrava doenças digestivas, dentre elas a esofagite, devido às constantes lesões que acarreta o crescimento excessivo de células, podendo estas serem acometidas por mutações, evento conhecido como carcinogênese (SBCCP, 2016).

O tabaco promove relaxamento dos esfíncteres, sendo que a porção inferior do esôfago quando relaxado facilita o aparecimento de refluxo gastroesofágico e a esofagite; já quando se tem o relaxamento do esfíncter do estômago favorece o refluxo de bile do

duodeno para o estômago que causa gastrite alcalina (LIMA, 2015). A produção de bicarbonato pelo pâncreas, responsável pelo tamponamento da acidez produzida pelo estômago, também se encontra reduzida pelo tabagismo, sendo um fator adicional para a gênese ou agravamento de lesões pépticas duodenais. Além disso, o fumo está relacionado com o pior prognóstico e maior necessidade de cirurgias devido às complicações como fístulas e estenoses (LIMA, 2015). O tabaco é sabidamente um agente carcinogênico para diversos tecidos e responsável direto pelo aumento de risco do chamado câncer digestivo (cavidade oral, língua, faringe, esôfago, estômago, intestino delgado, intestino grosso, ânus e anexos) (SBCCP, 2016).

2.4 A SAÚDE E A DOENÇA

Sabe-se que a percepção individual da pessoa interfere na condição da saúde. E, para que a pessoa tenha saúde, múltiplos fatores deverão ser considerados e trabalhados com o intuito de promover a saúde. Mas, esta concepção de que a saúde não se limita apenas à situação de ausência de enfermidade emergiu no momento em que a concepção de saúde biomédica transfigurou-se no modelo biopsicossocial, que se preocupa com a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com a utilização de conhecimentos adquiridos a partir das percepções das pessoas atendidas.

Desse modo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),

[...] de uma noção estática e formal, chega-se, agora, a uma outra noção de saúde, dinâmico-social e socioeconômica como resposta do sujeito às condições do meio onde vive, resposta esta que deve ser analisada sob três planos ou dimensões: saúde física, saúde mental e saúde social. (Medicina Tropical De Saúde, 2015, p 119).

O termo qualidade de vida pode ser utilizado sob dois aspectos, na linguagem da população em geral e da pesquisa científica (SEIDL; ZANNON, 2004).

Na área da saúde novos paradigmas têm emergido nas políticas de saúde atuais, ou seja, os processos de saúde e doença são multifatoriais e estão relacionados aos

aspectos econômicos, as experiências pessoais, socioculturais e do estilo de vida. Portanto, para a melhoria da qualidade de vida, espera-se melhores práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, não só o aumento da expectativa de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

[...]a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos. (Fleck et al., 1999, p. 21).

A saúde não está somente ligada com as condições físicas, mas também as psicossociais, e tudo isso influencia nas condutas terapêuticas que as equipes de saúde devem idealizar, planejar e executar (SEIDL; ZANNON, 2004).

Segundo Seidl e Zannon 2004, “o interesse crescente pela qualidade de vida pode ser exemplificado, por indicadores de produção de conhecimento, associados aos esforços de integração e de intercâmbio de pesquisadores e de profissionais interessados no tema”.

Em 1986, na Carta de Otawa, foi utilizada as seguintes palavras: processo de capacitar (enabling) as pessoas para aumentarem o controle de sua saúde. Portanto, a chave está na palavra capacitar, derivada do verbo em inglês to enable, ou seja, fornecer meios e oportunidades. Neste caso, o objetivo da promoção em saúde é transferir recursos para o futuro, como, conhecimentos, técnicas e recursos para a população (BALESTRIN; BARROS, 2009).

A saúde e o adoecer são experiências singulares e subjetivas, então, por mais que se reflita sobre a dimensão coletiva, é o ser humano que fica doente, assim estas experiências não são simplesmente quantificadas ou mesmo descritas (VIANNA, 2010).

A assistência e o cuidado prestados pelos profissionais de saúde se consolidam quando aliados aos conhecimentos científicos, técnicos e políticos, que são adequados para sustentar os fundamentos de suas profissões e auxiliares na sensibilização de que o ser humano é capaz de decifrar a subjetividade que o ser que está sendo cuidado pode expressar (VIANNA, 2010).

Desse modo precisamos entender que há condições que são passíveis de interferências e não devemos culpar as pessoas quando as condições de vida desses

indivíduos são insalubres, interferindo assim no seu estilo de vida. Portanto, nestas condições, precisamos trabalhar de maneira interdisciplinar, sendo no campo da ética que envolve nosso empenho para certificar a dignidade em todos os estágios da vida humana (VIANNA, 2010).

Nas condições de saúde, integrando o indivíduo como um ser biopsicossocial, devemos ser capazes de por meio de nós mesmos, percebermos o mundo das pessoas ao nosso redor, como cultura, crenças, interesses, pois, cada um dá sentido ao mundo como nos é apresentado, assim, conseguimos obter novas perspectivas, porém somos limitados, quando prestamos mais atenção em certas características do mundo, ignoramos outras, não acertamos sempre.

Segundo Vianna (2010):

um bom profissional da área da saúde é aquele capaz de traduzir o inapetente, o indizível em um primeiro contato com o ser doente. Ao compreender que o corpo humano não é um produto genérico isolado, pois existe em relação com outros seres em um dado contexto social, cultural e político, entendem que, para cuidar da pessoa, faz-se necessário considerar algumas questões pertinentes ao vínculo saúde/doença/adoecimento/sociedade: as condições de vida impostas e os estilos de vida escolhidos pelos próprios indivíduos. A primeira situação diz respeito à esfera pública, na qual nem sempre o indivíduo consegue interferir sem a participação do Poder Público; a segunda localiza-se no mundo privado, onde o indivíduo define a melhor forma de se utilizar da própria vida. Ao trabalharmos na esfera da área da saúde, precisamos ficar atentos para, em nome da educação para a saúde, não nos intrometermos na vida privada das pessoas que cuidamos. A escolha é individual e, desde que não prejudique o coletivo, deve ser respeitada." (Vianna, p. 88, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção de pessoas com neoplasias sobre a relação entre tabagismo e etilismo com a saúde e doença.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e transversal de abordagem fenomenológica.

Este estudo é descritivo, pois necessita-se de observação, com registros e análises dos fenômenos abordados sem interferência do pesquisador.

O cuidado na escolha do método a ser usado em uma pesquisa é de suma importância, uma vez que afetará diretamente a produção de informações sobre o tema abordado, isto porque quando um estudo se inicia após ter sido observado uma situação, esta acarreta o surgimento de indagações e curiosidades, que propiciaram subsídio para que se elabore e pesquise temáticas nunca ou pouco estudadas, ou mesmo pesquisas que visem confirmar descobertas anteriores.

Dessa forma ao iniciar este estudo foi almejado encontrar percepções de pessoas que sofreram ou sofrem com neoplasias sobre os seus vícios, álcool e tabaco, mesmo que estes tivessem sido interrompidos. E esse interesse surgiu com as observações feitas durante a graduação, em especial, nos estágios curriculares obrigatórios. Então, para que este não fique no âmbito empírico é necessário realizar uma pesquisa científica por meio de um processo sistematizado, entretanto, com foco no subjetivo, ou seja, voltando o seu interesse para a descrição das experiências vivenciadas pelos participantes da pesquisa e agregando assim significado a estas narrativas.

Para alcançar os objetivos do estudo se fez necessário utilizar a pesquisa qualitativa por estar embasada no paradigma naturalista, o que indica não existir apenas uma realidade ou verdade, mas um acumulado de fatos que devem ser estudados utilizando um método subjetivo que permite que a situação e o contexto sejam analisados concomitantemente, pois estes afetam o conhecimento da causa abordada (DRIESSNACK et al, 2007).

Ainda sobre o uso do método qualitativo, é observado que os estudos que utilizam esta forma têm maior interesse no processo, portanto, focam na percepção que os participantes transmitem sobre o fenômeno pesquisado dentro do seu cotidiano, portanto, verifica se o fenômeno experienciado por pessoas diferentes em situações semelhantes são convergentes. Logo, o método qualitativo se preocupa em compreender uma dada situação em conjunto com as relações existentes entre os seres humanos e os elementos envolvidos, assim é cabível realizar o estudo qualitativo quando se almeja analisar as percepções de pessoas com ou que tiveram neoplasias que são ou foram etilista e tabagistas sobre saúde e doença.

A pesquisa é realizada de maneira indutiva, portanto, não se parte de uma teoria, ou algo preexistente que esforce para se demonstrar, portanto, se faz necessário empregar o método qualitativo.

Quanto ao período de desenvolvimento, esta foi realizada de maneira transversal, uma vez que esta pesquisa tem a intenção de descobrir as percepções dos participantes e não testar teorias com estes, de modo que não é necessária a realização de um acompanhamento de longo prazo.

Para que o estudo percorra o caminho até as percepções dos participantes, este utilizou a abordagem fenomenológica, isto porque de acordo com HUSSERL (1965, p. 72) "...não é das filosofias que deve partir o impulso da investigação, mas, sim, das coisas e dos problemas...". Portanto, o estudo partiu da observação desde o seu princípio e trouxe interrogações que nortearam a busca para compreender a impressão da pessoa que vivenciou a situação estudada.

Por esta questão é necessário usar a fenomenologia, pois com esta abordagem é possível que o pesquisador descreva a experiência vivida pelo participante e suas interpretações, e como a população deste estudo é específica, permitiu ao pesquisador que as descobertas das percepções se agregassem a um conhecimento maior sobre eles e suas peculiaridades.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Foi realizado nas residências de pessoas com neoplasia de diferentes municípios do sul de Minas Gerais.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida com pessoas com neoplasia que são ou foram etilistas e/ou tabagistas de ambos os sexos, maiores de 18 anos e em condições físicas e psicológicas que lhes garantam autonomia para a participação nas entrevistas.

O sujeito que não atendeu aos critérios de inclusão supracitados foi excluído.

4.4 COLETA DE DADOS

A amostra foi constituída por 20 pessoas onde foi constatada a saturação dos dados através da repetição de códigos que serão descritos posteriormente.

Primeiramente foi realizada uma consulta à lista pertencente a uma Organização Não-Governamental (ONG), e essa disponibilização foi feita pelo seu coordenador e assim foi confeccionado o cadastro dos participantes. Em seguida, foi realizado o contato telefônico no qual se efetuou o convite para participar da pesquisa, sendo que neste momento inicial o participante recebeu a informação de que o contato foi disponibilizado pela ONG que frequenta, mas que os seus dados seriam mantidos sob sigilo. Ainda durante o contato telefônico se informou e ressaltou que a participação seria voluntária podendo o mesmo se recusar sem que lhe fosse atribuído qualquer prejuízo.

Além disso, foram expostos os objetivos do estudo e explicitado a forma de coleta dos dados, que neste caso foi por meio de uma entrevista presencial com gravação de

áudio. Com a manifestação de interesse, foram agendadas as entrevistas para a coleta de dados, que aconteceram nas residências dos participantes em data e horário agendado pelos mesmos. Essa preocupação em deixá-los confortáveis teve o intuito de promover entrevistas eficientes, sendo assim os dados foram suficientes para alcançar o objetivo da pesquisa e primordialmente que os participantes tivessem em seu ambiente habitual e de sua escolha, tudo isso para que não houvesse desconfortos ou constrangimentos para responder às perguntas do questionário.

A coleta de dados foi efetuada por meio de entrevista guiada por questionário semiestruturado, em cuja parte 2 consta as perguntas norteadoras (APÊNDICE A). A escolha técnica da entrevista foi esta por permitir que a temática seja aprofundada como confirma o estudo de Quivy e Campenhoudt (2008, p.192):

[...] uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, no passo que através das suas perguntas abertas e das suas reacções, o investigador facilita essa expressão, evita que ele se afasta dos objectivos de investigação e permiti que o interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade.

A entrevista utilizou um questionário semiestruturado para que o participante não deixasse de abordar o assunto que é foco do estudo, portanto, através de uma entrevista aberta ocorreria o risco de não abordá-lo, tornando a mesma inválida e cansativa.

Além do cuidado descrito acima, outros também foram tomados para que os dados coletados fossem fidedignos, principalmente no que diz respeito a gravar a entrevista, pois ao avisar os entrevistados sobre a gravação alguns inicialmente manifestaram constrangimento, no entanto, foi lembrando que a gravação seria mantida em sigilo e que a audição seria feita apenas para fins científicos, sendo assim, não houve recusa.

Nas entrevistas foi repetido a explanação da temática abordada, os objetivos e a forma de coleta de dados da pesquisa, e assim se efetuava a confirmação do candidato para participar do estudo de maneira verbal e posteriormente todos executaram a assinatura de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), e posteriormente uma via foi devolvida ao pesquisador e a outra ficou

em poder do participante para que o mesmo detivesse informações sobre o estudo e os pesquisadores envolvidos.

Sobre os dados dos participantes estes foram informados antes e após da entrevista de que o anonimato de todos seria mantido e que apenas os pesquisadores envolvidos teriam acesso aos áudios gravados. Esse anonimato foi mantido realizando a identificação dos participantes por meio de um código formado pela letra “E” e números cardinais sequenciais, sendo a identificação feita no instrumento de coleta de dados na ordem de execução das entrevistas, iniciando pelo E1.

Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2017 e fevereiro de 2018.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Antes de realizar a análise propriamente dita se realizou a organização dos dados coletados, sendo que a primeira ação foi a tabulação dos dados socioeconômicos em um arquivo do programa Excel 2010 e também as transcrições dos áudios gravados das entrevistas em arquivos do programa Word 2010.

A tabulação dos dados da entrevista coletados através do Apêndice A parte dois ocorreu em arquivos do Word para que pudesse se observar as narrativas de maneira diferenciada e com maior facilidade. Para que a transcrição fosse fidedigna e fiel às falas dos participantes a pesquisadora ouviu os áudios por diversas vezes e em alguns momentos acompanhando as transcrições para que a conferência permitisse encontrar falhas.

Os dados coletados junto a uma amostra de pessoas com neoplasias que foram ou são etilistas e/ou tabagistas foram submetidos a análise fenomenológica temática proposto por Pranee Liamputtong (2013), e esta fornece em seu estudo um guia prático e acessível para a condução e análise de pesquisas qualitativas.

O questionário semiestruturado (APÊNDICE A) foi submetido a esta análise temática.

O valor dos métodos qualitativos provém da fácil aceitação de novas circunstâncias, da sua maleabilidade e espontaneidade, sendo assim, por conseguinte, adaptado ao entrosamento de interpretações, significados e experiências individuais sobre os métodos de concepção, aplicação e uso da prerrogativa. Salienta-se também que a pesquisa qualitativa pode abrir viabilidade daqueles “diferenciados” pela sociedade.

4.5.1 Análise dos dados segundo Liamputtong

A ideia de análise de dados sugere transformação, assim, por meio de processos analíticos, os pesquisadores transformam os dados volumosos, por meio de sua análise, em um material claro, compreensível, perspicaz, confiável e original, possibilitando por sua vez que a pesquisa compreenda os dados. Por intermédio do seu trabalho de campo, os pesquisadores mergulham na entrevista, lendo e relendo os dados, para que consigam absorver, compreender e entender o sentido que os entrevistados transmitiram nas falas (LIAMPUTTONG, 2013).

Há muitas maneiras para mover os dados do campo para o texto, pois existem diferentes abordagens na pesquisa qualitativa para entender os dados, no caso dessa pesquisa, está sendo utilizada a abordagem da análise temática (LIAMPUTTONG, 2013).

A análise qualitativa de dados deve começar desde o início da pesquisa, onde o pesquisador deve argumentar entre pensar sobre os dados já existentes e gerar estratégias para coletar novos dados, este é um corretivo para as lacunas existentes no meio científico (LIAMPUTTONG, 2013).

4.5.2 Codificação na análise os dados

A codificação é o ponto de partida para as formas de análise de dados qualitativos. A codificação é o processo de definição de quais serão os pedaços norteadores da análise, sendo este o primeiro passo da análise de dados. Ao realizar a codificação, os pesquisadores citam pedaços dos dados como um rótulo para a categoria, resume e contabiliza simultaneamente cada dado. Assim a codificação vai além dos dados tangíveis para fazer interpretações analíticas (LIAMPUTTONG, 2013).

Desse modo, Liamputtong sugere uma lista de questões básicas da qual pesquisadores qualitativos podem usar como estratégias de codificação.

-O que? Qual é a preocupação? Qual é o curso do evento que é mencionado?

-Quem? Quais são as pessoas envolvidas? Quais são os papéis que elas possuem?

-Como? Como eles interagem? Quais são os aspectos mencionados ou omitidos?

-Quando? Quais são? Onde? Referindo-se a hora, curso e local: quando isso acontece? Quanto tempo leva? Onde o incidente ocorreu?

-Quanto (referindo-se à intensidade)? Quantas vezes a questão é referida? Enfatizada?

-Por quê?

-Para o quê?

-Quais podem ser consertadas? Qual é a intenção? Qual é o objetivo (referindo-se aos meios, táticas, estratégias para alcançar o propósito? Qual é a principal tática? Como as coisas são realizadas?

Os códigos podem ir mudando a medida de que você se aprofunda nos dados, logo, os códigos finais podem ser muito diferentes do que estão no início (LIAMPUTTONG, 2013).

-O que pode ser codificado?

Existem alguns esquemas da qual a equipe de pesquisa pode utilizar, como:

-Configuração e contexto: informações gerais sobre o assunto que permite aos pesquisadores colocar o estudo em um contexto mais amplo;

-Definição da situação: como os indivíduos entendem, percebem ou definem o cenário ou os tópicos nos quais o estudo se baseia; perspectivas; caminhos pensados sobre pessoas e objetos; processos; atividades; ações; eventos; condições; consequências; estratégias; relacionamentos e estruturas sociais; expressões.

Leia os dados novamente. Você pode usar palavras expressas pelos participantes ou dar nomes aos temas nos dados. Isso é codificação (LIAMPUTTONG, 2013).

4.5.3 Análise Temática

Para os pesquisadores qualitativos as palavras possuem mais poderes do que os números, portanto, a análise de conteúdo pode não ser apropriada para a maioria dos pesquisadores qualitativos. O tipo mais comum de pesquisa qualitativa é a análise temática, muitas vezes chamada de análise temática interpretativa. A análise temática é um método de identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados, e é percebido como um método fundamental para a análise qualitativa. Para a análise temática existem passos principais, como, por exemplo, os pesquisadores precisam ler cada transcrição e tentar entender os dados da entrevista para examinar a transcrição e dar sentido ao que está sendo dito pelos participantes como um grupo (LIAMPUTTONG, 2013).

As etapas a seguir, mostram como os pesquisadores podem adotar o passo a passo:

-Familiarize-se com os dados. Isso significa que deve transcrever os dados e, depois, ler e reler, além de anotar suas ideias iniciais.

-Comece a gerar códigos iniciais.

-Procure por temas agrupando códigos em temas preliminares. Nesta fase precisa reunir todos os dados relacionados a cada tema em potencial, trabalhar em relação aos códigos que extraiu e ao conjunto de dados inteiro. Também é necessário coletar um mapa temático da análise para refinar os temas, definições e nomes para que cada tema possa ser gerado.

- Revise os temas que desenvolveu inicialmente.
- Definir e nomear seus temas. É importante realizar uma análise contínua (LIAMPUTTONG, 2013).

4.5.4 A fenomenologia como método

Entre as teorias metodológicas na pesquisa qualitativa, a fenomenologia é a mais utilizada. A fenomenologia tornou-se intimamente ligada à filosofia europeia no início dos anos 1900. Isso decorre das obras do filósofo alemão Edmund Husserl (traduzido em 1931) e do fenomenologista francês Maurice Merleau (1962) (LIAMPUTTONG, 2013).

A consciência humana como forma de compreender a realidade social era o principal interesse de Husserl. Em particular, ele estava interessado em como um indivíduo pensa sobre sua experiência. Em outras palavras, ele estava preocupado com a forma como a consciência é vivida (LIAMPUTTONG, 2013).

Husserl acreditava que a consciência é sempre intencional, isto é, é dirigida a algum fenômeno. Desse modo as funções de consciência nos permitirão entender como "os indivíduos criam uma compreensão da vida social" (HESSE-BIBER; LEAVY, P. 23, 2008).

Schutz (1972) introduziu a fenomenologia na sociologia americana e estava especialmente interessado em como as pessoas processam a experiência em suas vidas cotidianas (HESSE-BIBER; LEAVY, 2008), sendo fundamental na fenomenologia no inquérito científico de pesquisa social (LIAMPUTTONG, 2013).

Schutz (1972) queria desenvolver caminhos para a realização de pesquisas científicas que dariam para a compreensão simpática da experiência consciente da vida cotidiana (DALY 2007, P.94). A fenomenologia é também uma metodologia de pesquisa para a compreensão das experiências vividas dos indivíduos (GIORGI 2007; MOUSTAKAS 1994; GIORGI; GIORGI, 2003).

A estrutura metodológica particularmente popular nas ciências sociais e da saúde, em sociologia, psicologia, educação, enfermagem e ciências da saúde (CRESWELL

2007; PADGETT 2008) ao gerar conhecimento sobre fenomenologia é uma perspectiva teórica que tenta como indivíduos experimentam as coisas (LEAVY 2005).

Em um estudo que visa examinar a relação das pessoas sobre a experiência vivida de uma ou de várias pessoas e apontar para um conceito ou fenômeno de interesse (CRESWELL 2007; DALY 2007). Experimentar pesquisas fenomenológicas é entender e descrever o participante do seu dia a dia como eles o vêem (DALY 2007; WILLIS 2007; CARPENTER 2008; PADGETT 2008).

Os fenomenólogos estão interessados em uma questão, como uma pessoa experimenta um fenômeno (como a maternidade, a depressão, o divórcio e a morte?), para isso, as pessoas devem ter uma experiência vivida e não uma experiência de segunda mão (PATTON, 2002). Para examinar como um aspecto específico da realidade vivida é construído, o pesquisador deve concordar com essa realidade. Isso significa que os pesquisadores precisam suspender quaisquer preconceitos sobre essa realidade para que possam "vê-la como o participante a veria" (DALY 2007; CARPENTER 2008).

Muitas vezes empregam entrevistas em profundidade que possuem o intuito de gerar descrições dessa realidade (DALY 2007; PATTON, 2002; WILLIS, 2007). No entanto, os fenomenólogos usam também uma série de características dos métodos qualitativos, incluindo observação, entrevistas em profundidade, história de vida e narrativa, outros podem examinar registros escritos de experiências como diários, revistas, arte e música (CRESWELL 2007; DALY 2007).

E neste estudo a análise será norteadada por Liamputtong (2013) no que tange a análise temática com abordagem fenomenológica que tem como foco as experiências vividas pelos participantes que tiveram ou estão com câncer que foram ou são etilistas e tabagistas no que se refere ao processo de saúde doença.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O Projeto de Pesquisa obedeceu às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução nº466/12 do Conselho

Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL/MG sob o CAAE: 77385517.8.0000.5142 (Anexo A), e obteve o termo de consentimento do representante legal da ONG de um município do sul de Minas Gerais (Anexo B).

Como benefícios podem considerar que os resultados finais da pesquisa serão disponibilizados à ONG. Os participantes também poderão receber via e-mail ou pelo correio os resultados finais da pesquisa. As pessoas com doenças oncológicas, como também as suas famílias, poderá por meio da pesquisa demonstrar a percepção dos participantes sobre sua situação e de que as informações obtidas poderão orientar uma mudança na forma de assistência a elas prestadas.

Em termos de riscos e desconfortos, cabe observar que os dados foram coletados com os entrevistados sentados em ambiente confortável e de modo a dar privacidade e discrição no momento das respostas, visando minimizar qualquer desconforto físico ou psicológico. As pessoas foram entrevistadas isoladamente de outros, a não ser que permitissem e desejassem a presença de acompanhante, de modo que apenas o pesquisador e o entrevistado visualizaram as respostas anotadas. Os questionários com as respostas e os termos de consentimento foram recolhidos em diferentes envelopes opacos imediatamente após cada entrevista e ficaram de posse do entrevistador.

O pesquisador estava atento à possíveis mal-estar por parte do entrevistado, pelo fato de sua voz estar sendo gravada e pela entrevista poder lembrar momentos de desconforto e constrangimento, ou provocar sentimento de angústia e medo. Nesse sentido, o pesquisador prezou pelo bem-estar do participante em primeiro lugar, mesmo que para isso tivesse que interromper e reagendar ou até mesmo cancelar a coleta de dados.

5 RESULTADOS

A partir da posse dos dados coletados advindos das falas dos participantes, se realizou a organização de forma a separar achados expressivos condizente com os objetivos do estudo.

Em relação à identidade e informações fornecidas pelos participantes, nos preocupamos com o sigilo dos mesmos, além de sistematizar o teor das falas por meio de processos didáticos descritos na metodologia. Cada pessoa entrevistada foi denominada pela letra “E”, sendo assim, seguido pelos números correspondentes cronologicamente à entrevista.

Dos 1611 sujeitos contidos na lista disponibilizada pela ONG se realizou a tentativa de contato com 90 sujeitos, sendo que destes 20 aceitaram e 48 recusaram participar da pesquisa, e os 22 restantes se quer foi possível o contato visto que os endereços ou telefones estavam desatualizados. Os demais sujeitos não foram contatados devido à saturação de dados após a vigésima entrevista, fato este observado pela repetição exaustiva dos termos ou ideias dos sujeitos. Se não alcançasse essa saturação de dados a autora continuaria a buscar por mais participantes.

Primordialmente se realizou a caracterização dos participantes do estudo para que se tivesse condições de analisar ou correlacionar dados sociodemográficos e clínicos com as percepções descritas nas perguntas norteadoras contidas na segunda parte do instrumento de coleta de dados.

O perfil dos participantes da pesquisa revela o predomínio do gênero masculino com 65% (13) restando ao gênero feminino 35% (7), sendo que a idade média encontrada foi de 61, 8 anos, o que indica que os participantes envolvidos na pesquisa se encontravam em sua maioria com a idade acima dos 60 anos, o que encaixaria na categoria de idosos.

Referente ao estado civil observou que dois estados se destacaram, o de casado 50% (10) e o divorciado 35% (7), logo os outros dois representaram apenas 15% do total da amostra, tendo o solteiro 5% (1) e o viúvo 10% (2).

Quanto ao número de moradores existentes na residência do participante se constatou que a média encontrada é de 4,2 pessoas por moradia, e que apenas três participantes declaram morar com mais de nove moradores. E observando a renda bruta da família do participante se verifica que a maior concentração ocorreu na renda de R\$ 880,00 a R\$2.640,00 com 45% (9) e na de R\$880,00 com 35% (7), os 20% (4) restantes se dividiram de maneira igualitária entre as rendas R\$2.640,00 a R\$4.400,00 e a R\$4.400,00 a R\$13.200,00.

Sobre as profissões ou ocupações efetuadas pelos participantes, obteve o percentual de 50% (10) da amostra se declarando aposentados, 20% (4) pedreiros, 10% (2) desempregados e os outros 20% (4) se dividiram igualmente entre empresário, do lar, professor e costureiro.

A escolaridade dos participantes demonstrada pelos dados é de que 75% (15) se detiveram até o ensino fundamental completo, apresentando 35% (7) deste percentual concentrado nos que se declararam ter ensino fundamental incompleto e 20% (4) de analfabetos e ensino fundamental completo cada. O índice do ensino médio completo foi de 15% (3) e do ensino superior completo de apenas 10% (2) de toda a amostra, ou seja, isto demonstra a baixa escolaridade da população participante da pesquisa.

A religião é um dado que apesar de ter cinco opções de escolha se deteve apenas a duas, cabendo a maior concentração de participantes na religião católica com 85% (17) e na evangélica com 15% (3), no entanto, este fato não causa estranheza, pois no Brasil a maior parte da população descreve como sendo praticantes de religiões cristãs, exemplo seria o catolicismo e o protestantismo.

Em totalidade da amostra foi constatado que em algum momento o participante realizou tratamento de câncer, que possuem histórico familiar de câncer e que além dos participantes realizarem o uso ou ter realizado o uso do álcool e/ou o tabaco todos relataram que existe algum integrante da família que são ou foram tabagistas e/ou etilistas em alguma fase da vida. No que se refere à média de tempo pós-diagnóstico de câncer encontrado nesta pesquisa foi de quatro (4) anos.

E para concluir os resultados da primeira parte do instrumento se constatou que 40% (8) dos participantes tiveram o diagnóstico de CA de intestino, 30% (6) de CA de

cabeça/pescoço, 10% (2) de CA de pulmão, 20% (4) divididos igualmente entre CA de pele, CA de mama, Ca de útero e Osteosarcoma.

A segunda parte do instrumento contém as questões norteadoras e abertas, no entanto, são direcionadas de maneira a alcançar os objetivos deste estudo.

Na primeira pergunta da segunda parte do instrumento de coleta de dados foram extraídos os segmentos que propiciaram a formulação da Tabela 1 intitulada “Percepção sobre saúde e doença”, que contém dez (10) subcategorias intituladas Ausência de Dor, Ausência de doença, Saúde Instrumental, Capacidade, Condições Psicológicas Benéficas, Qualidade de Vida, Dor, Desconforto, Incapacidade e Infelicidade que propiciaram o surgimento de quatro (04) categorias denominadas Silêncio Corporal, a saúde é concebida como ausência de doença - a pessoa não é aborrecida por sensações corporais (ALBUQUERQUE, OLIVEIRA 2015), Autossuficiência, Bem-Estar e Enfermidade. Sendo que nestas categorias os participantes demonstraram por meio de suas falas o que entendiam sobre saúde, doença e a relação dos hábitos de usar tabaco e álcool com o estado de saúde dos mesmos.

Tabela 1 – Percepção sobre saúde e doença (2018).

FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>“E1 Ter saúde é não sentir nada, não ter dor, nem tosse, nem nada.”;</p> <p>“E9 Saúde é um estado em que você não sente nada.”;</p> <p>“E15 Saúde é não ter doenças e nem dores pelo corpo.”</p>	<p>Ausência de Dor</p>	<p>Silêncio corporal</p>
<p>“E18 Uai, pra mim saúde é quando a pessoa esta assim igual eu, tá bem, sem sentir nada.”.</p>		
<p>“E6 [...] não tem doença”;</p> <p>“E10 [...] não ter doença”;</p> <p>“E15 [...] não ter doenças”;</p> <p>“E16 [...] não ter doenças”.</p>	<p>Ausência de Doença</p>	

Tabela 1 – Percepção sobre saúde e doença (2018).

		(CONTINUAÇÃO)
FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<i>“E3 [...] capacidade para trabalhar.”;</i>		
<i>“E5 [...] é o que eu tinha antes, trabalhava, arrumava aqui em casa.”;</i>		
<i>“E7 [...] trabalhar no que gosta”;</i>		
<i>“E8 [...] poder trabalhar [...].”;</i>	Saúde Instrumental	
<i>“E14 [...] trabalha [...].”;</i>		
<i>“E18[...] ainda consegue trabalha [...].”;</i>		
<i>“E19 [...] é quando a gente trabalha [...]”;</i>		
<i>“E20[...] trabalha.”</i>		Autossuficiência
<i>“E3 [...] ter disposição, animo, força [...].”;</i>		
<i>“E4 [...] estar bem para poder ir a todos os lugares que gosto.”;</i>		
<i>“E5[...] ia pro buteco com meus amigos, ia pra cidade [...].”;</i>	Capacidade	
<i>“E14[...] ter força [...].”;</i>		
<i>“E17 [...] ter disposição”;</i>		
<i>“E20 [...] faz de tudo e mais um pouco e nada acontece.”</i>		

Tabela 1 – Percepção sobre saúde e doença (2018).

		(CONTINUAÇÃO)
FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>“E2 Saúde pra mim é ter paz, principalmente paz [...].”;</p> <p>“E10 [...] estar livre de preocupações”;</p> <p>“E12 Viver com felicidade é ter saúde, [...].”;</p> <p>“E17 [...] vontade de viver [...].”;</p> <p>“E18[...] é quando a pessoa tá assim igual eu, tá bem.”.</p> <p>“E2 [...] uma mente saudável [...].”;</p> <p>“E4 Saúde [...] e aproveitar a vida.”;</p> <p>“E7 [...] bem estar, trabalhar no que gosta, ter uma vida em família saudável, cuidar do próprio corpo.”;</p> <p>“E10 Saúde [...], ter uma vida sadia, alimentação saudável.”;</p> <p>“E11 Pra mim, saúde é ficar bem [...].”;</p> <p>“E16 [...] conseguir ter uma vida normal, tendo bem estar, qualidade de vida, estar livre de preocupações.”;</p>	<p>Condições Psicológicas Benéficas</p> <p>Qualidade de vida</p>	<p>Bem-estar</p>

Tabela 1 – Percepção sobre saúde e doença (2018).

		(CONTINUAÇÃO)
FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<i>“E1 A doença é quando a gente tem dor, e vê alguma coisa errada no corpo.”;</i>		
<i>“E5 [...] agora doença, é quando a gente fica ruim [...].”;</i>		
<i>“E7 [...] doentes fisicamente [...].”;</i>		
<i>“E8 Doença é quando tem muita dor [...].”;</i>		
<i>“E9 [...] doença é sentir qualquer coisa que incomoda.”;</i>	Dor	
<i>“E13 Doença é [...] o corpo sofrendo.”.</i>		
<i>“E15 E doença é ter dor sempre e não aguentar.”;</i>		
<i>“E16 Doença seria não [...] sofrer com dores.”;</i>		Enfermidade
<i>“E17 Doença é sentir dores [...].”;</i>		
<i>“E19 Doença quem tem mesmo é minha mãe, reclama de dor.”.</i>		
<i>“E1 [...] e vê alguma coisa errada no corpo”;</i>		
<i>“E6 [...] é muito ruim.”;</i>		
<i>“E9 [...] é sentir qualquer coisa que incomoda.”;</i>	Desconforto	
<i>“E11[...] fica sempre pegando atestado e indo no médico.”;</i>		
<i>“E13 [...] corpo sofrendo [...].”.</i>		
<i>“E17 [...] ter problemas de saúde [...].”.</i>		

Tabela 1 – Percepção sobre saúde e doença (2018).

		(CONTINUAÇÃO)
FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p>“E3 [...] hoje não consigo mais mexer as pernas”;</p> <p>“E4 ficar na cama e depender dos outros para tudo.”;</p> <p>“E5 [...] não tem mais força.”;</p> <p>“E6 [...] derruba a gente na cama [...].”;</p> <p>“E8 não consegue trabalhar.” e “[...] tem que ficar em casa, [...].”;</p> <p>“E14 [...] ficar na cama sem força para nada [...].”;</p> <p>“E15 [...] não conseguir aguentar.”;</p> <p>“E16 Doença [...], ter que tomar muitos medicamentos para viver, não conseguir fazer as atividades diárias [...].”;</p> <p>“E18 [...] doente eu tava quando tomava aqueles remédios no hospital, aí só queria vomita, num conseguia comer, [...].”.</p>	Incapacidade	Enfermidade

Tabela 1 – Percepção sobre saúde e doença (2018).

(CONCLUSÃO)		
FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p><i>“E2 O que mais adoecer o corpo é a falta de amor e compreensão.”</i></p> <p><i>“E5 [...] agora doença, é quando a gente fica ruim, [...], igual a minha mulher. Ela nunca fez nada e morreu de câncer no pulmão. Ela era preocupada demais e muito triste [...] não queria mais viver.”;</i></p> <p><i>“E7 A doença tem várias faces, podemos estar doentes [...] mentalmente.”;</i></p> <p><i>“E12 [...] se a gente não é feliz na vida, aparece um tanto de doença.”;</i></p> <p><i>“E13 Doença é assim, pouca paz [...].”;</i></p> <p><i>“E16 Doença seria não conseguir viver e aproveitar a vida [...].”.</i></p>	<p>Infelicidade</p>	<p>Enfermidade</p>

Fonte: Da autora (2018).

Ainda na segunda parte do instrumento, pôde por meio da segunda pergunta formular a Tabela 2, intitulada “Relação do uso de tabaco e álcool com o surgimento do câncer para o participante”, sendo que emergiu três (3) subcategorias denominadas Negação, Aceitabilidade e Incerteza que convergiu para uma categoria denominada Fatores causais do câncer (tabaco e/ou álcool).

Tabela 2 - Relação do uso de tabaco e álcool com o surgimento do câncer para o participante (2018).

FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p><i>“E2 Particularmente não,” e “Mágoa, é como tomar veneno e querer que o outro morra, isso faz nosso corpo adoecer e aí aparece o câncer, nosso sistema imune fica fraco.”;</i></p>		
<p><i>“E5 Porque eu acho que aparece mesmo é por causa da vida sofrida que a gente leva”;</i></p>		
<p><i>“E6 Acho que aparece porque é provação de Deus. Só que a gente ajuda fazendo coisa errada.”;</i></p>		
<p><i>“E8 O médico fala que tem, mas eu acho que não”;</i></p>	Negação	Fatores causais do câncer (tabaco e/ou álcool)
<p><i>“E11 Aparece porque a gente fica velho, e porque o corpo começa a funcionar errado.”;</i></p>		
<p><i>“E12 Meu marido fala que não,”;</i> <i>“E17Acho que não e eu não bebo apenas fumo.”;</i></p>		
<p><i>“E18 Não tem não”.</i></p>		

Tabela 2 - Relação do uso de tabaco e álcool com o surgimento do câncer para o participante (2018).
(CONTINUAÇÃO)

FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p><i>“E3 Sim e muito [...] e”;</i></p> <p><i>“E4 Claro que tem, sabe moça, minha mãe e meu pai também sempre me diziam não bebe e nem fuma que vai viciar e acabar com sua vida.”;</i></p> <p><i>“E7 Sim, além da minha disposição genética, não levei uma vida saudável, não pratiquei exercícios físicos, sempre comi o que quis”;</i></p> <p><i>“E9 Sim, a bebida e o cigarro fazem mal pra saúde de várias formas, e ajuda a fazer aparecer o câncer.”;</i></p> <p><i>“E10 Lógico, a vida desregrada, os maus costumes, e o cigarro e o álcool podem ativar a doença mais rápido”;</i></p> <p><i>“E13 Também, minha vida inteira fizeram eu chegar nesse ponto, além das coisas erradas que fiz (beber e fumar).”;</i></p> <p><i>“E14 Minha mãe já falava que fumar fazia mal e nos não escutava ela.”;</i></p> <p><i>“E15 Tem sim e isso me deixa triste por que eu que procurei.”;</i></p> <p><i>“E16 Claro que tem e muito.”;</i></p> <p><i>“E20 Mais tem sim”.</i></p>	<p>Aceitabilidade</p>	<p>Fatores causais do câncer (tabaco e/ou álcool)</p>

Tabela 2 - Relação do uso de tabaco e álcool com o surgimento do câncer para o participante (2018).
(CONCLUSÃO)

FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p><i>“E5 Quando eu penso em mim, eu acho que sim, mas quando eu penso na minha mulher, eu já não sei de mais nada.[...] tem resposta certa?”;</i></p> <p><i>“E6 Eu não sei, porque tem criança que tem essa doença não é?!”;</i></p> <p><i>““E19 [...] pode ser que sim[...]”.</i></p>	Incerteza	

Fonte: Da autora (2018).

Diante da última pergunta da segunda parte do instrumento foi possível construir uma (01) categoria intitulada Assistência de saúde, que emergiu de duas (02) subcategorias denominadas Conselho e Aviso.

Tabela 3 – Descrições sobre orientações e educação em saúde promovida pelos profissionais da área da saúde aos participantes (2018).

FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p><i>“E1 O médico disse pra eu parar de beber e fumar [...].A enfermeira lá de Ribeirão falou que a bebida e o fumo é muito ruim pra saúde.”;</i></p> <p><i>“E2 [...] falou há 20 anos que eu tinha um pulmão extenso e deveria largar o cigarro.[...] <u>enfermeira</u> quando viu meu exame falou que preciso parar de beber e fumar.”;</i></p> <p><i>“E4 o <u>médico</u> quando senti uma dor forte no peito e fui no postinho, ai ele disse “o senhor tem que parar de fumar e beber por que se não vai acabar tendo um infarto ou derrame.”;</i></p>	Conselho	Assistência de saúde

Tabela 3 – Descrições sobre orientações e educação em saúde promovida pelos profissionais da área da saúde aos participantes (2018).

(CONTINUAÇÃO)		
FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p><i>“E6 tinha que parar de fumar e beber.”;</i></p> <p><i>“E7 a enfermeira conversou comigo, me deu muito apoio sobre o fumo.”;</i></p> <p><i>“E8 o médico falou pra ele sobre o câncer, falou que ele tinha que parar de beber e fumar.”;</i></p> <p><i>“E10 enfermeiras falaram que como eu tenho bastante pré-disposição, não posso beber.”;</i></p> <p><i>“E15 A enfermeira do postinho onde moro sempre me falou dos grupos para parar de fumar [...] na consulta o médico falou para que eu parasse de fumar.”;</i></p> <p><i>“E19 Os médico, as enfermeira, o povo tudo do hospital pergunta se eu continuo fumando e bebendo, eles não precisa saber o que eu faço, mais eles falaram sim, que era pra eu para de bebe e fuma”.</i></p>	<p>Conselho</p>	<p>Assistência de saúde</p>

Tabela 3 – Descrições sobre orientações e educação em saúde promovida pelos profissionais da área da saúde aos participantes (2018).

(CONCLUSÃO)		
FRAGMENTOS DAS ENTREVISTAS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
<p><i>“E1[...] medico disse que se eu quisesse viver tinha que parar com tudo.”;</i></p> <p><i>“E5 O médico só falou que eu tinha câncer”;</i></p> <p><i>“E6 Falaram que eu tinha câncer”;</i></p> <p><i>“E7 médico falou o básico”;</i></p> <p><i>“E10 [...] eu parei de fumar, foi porque uma pneumologista falou que se eu não parasse iria morrer em menos de cinco anos, e isso já faz 20.”;</i></p> <p><i>“E12 o médico falou que eu tinha que parar de beber e fumar se não o câncer ia aparecer de novo em outro lugar.”;</i></p> <p><i>“E13 médico falou que era câncer eu larguei a bebida e o cigarro.”;</i></p> <p><i>“E16 enfermeiras e de um médico bem jovem, ambos me falaram sobre o fumo principalmente para que tentasse diminuir e que no hospital era estritamente proibido fumar em qualquer local que fosse por causa de incêndio, além disso, falaram de adesivos para tentar parar de fumar, diminuir a quantidade de café e bebida alcoólica ajudaria e outras coisas que agora não lembro... e eu até tentei, mas sou fraco demais e não consegui. Sobre a bebida também falaram e que tinha efeito direto na minha doença, ainda tento parar de beber, mas é como o cigarro.”</i></p>	Aviso	Assistência de saúde

Fonte: Da autora (2018).

6 DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos participantes, a pesquisa revela uma diferença dos resultados no que tange ao sexo, trazendo um percentual de 65% (13) de homens e 35% (7) de mulheres.

No entanto esta diferença apresentada pode ter vários fatores, sendo um deles a questão de que a pesquisa não se limitou ao número de participantes de cada sexo, mas sim realizou-se uma busca aleatória como descrito na metodologia.

Outro apontamento é feito pelo Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH (2008) que destaca serem os homens mais vulneráveis às doenças, principalmente às enfermidades graves e crônicas, além de morrerem mais cedo do que as mulheres. Talvez isso esteja relacionado à crença na invulnerabilidade e às construções socioculturais do “ser homem”.

Em consonância como supracitado está o estudo de Batista, Mattos e Da Silva (2015) que descreve os homens como sendo os que mais demoram a procurar atendimento de saúde por serem culturalmente enquadrados no status de invulneráveis, ou seja, imaginam que não sofrem com patologias e por isso buscam o atendimento de saúde tardiamente quando a neoplasia já se encontra em estádios mais elevados e de difícil resolução.

E essa construção do que é “ser homem”, tradicionalmente se opõe ao que é ser mulher, e é hegemonicamente associada a ideias e práticas que identificam a força, o poder e a virilidade sucedido da própria constituição biológica sexual, sendo uma construção social do gênero masculino a partir das características psíquicas, sócio históricas e políticas (SOUZA, 2005).

No que tange ao social, em décadas passadas, “ser homem” era sinônimo de não demonstrar sentimentos, não ter medo, não chorar, demonstrar coragem, arriscar-se diante do perigo, ser ativo. Alguns símbolos como esportes radicais, carros e armas, fazem parte do universo masculino. Já o novo homem é o oposto, pois demonstra emoções e tenta estar próximo à mulher e aos filhos. A masculinidade anteriormente, era um modelo central, enquanto outros são vistos como subordinados ou inadequados. No entanto, ao mesmo tempo que esse modelo de masculinidade edificado a partir de

valores patriarcais e machistas é amplamente criticado recentemente, ele convive com outros modelos, porém ainda predomina a masculinidade descrita acima, competição e violência (CECCHETTO, 2004).

E isso concorda com o fato amplamente sabido de que os homens morrem mais cedo do que as mulheres e assim possuem uma menor expectativa de vida, o que nos faz debater a respeito desse modelo de masculinidade construído através de valores patriarcais, tentando transformar as formas dos homens se situarem e se comportarem no mundo, conseqüentemente, deixando de cuidar da saúde (SOUZA, 2005; IBGE, 2015).

Esse modelo de masculinidade traz conseqüências para a saúde dos homens, sendo uma delas, a dificuldade em adotar medidas preventivas de saúde, como o exame para a detecção precoce de cânceres (GOMES, 2003). Outras conseqüências são os riscos à falta de proteção contra as infecções sexualmente transmissíveis e a procura reduzida pelos serviços de atenção primária à saúde (HARDY; JIMÉNEZ, 2000). Assim, somente quando o problema de saúde está afetando realmente sua vida social e diária, adentram os serviços de saúde pela atenção secundária e terciária tornando difícil o tratamento, tendo como conseqüência a implementação de procedimentos mais invasivos como, por exemplo, um estoma definitivo. (GOMES, 2003; SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005).

Ainda diante da discrepância entre o número de homens e mulheres apontamos na pesquisa desconfiamos que seja em decorrência de serem todos os participantes também pacientes da ONG do Sul de Minas Gerais que atende exclusivamente pessoas que estão em tratamento de neoplasias, ou seja, a lista disponibilizada desde sua elaboração já poderia conter diferenças no número de pessoas do gênero masculino.

Permanecendo na discussão sobre a diferença entre os números de participantes do gênero masculino e feminino se faz necessário alertar que a maioria das pessoas convidadas que se recusaram a participar da pesquisa foram às mulheres, de maneira que estas recusas contribuíram para uma maior diferença entre o percentual de participantes no que se refere ao sexo.

Por último verificamos que esta desproporcionalidade no número de homens seja causada pelo fato de que no gênero masculino o uso das substâncias álcool e tabaco

ocorrem com maior frequência, de maneira precoce e com o consumo exacerbado, o que os deixariam mais expostos aos fatores de risco das neoplasias por longos períodos. Este fator é confirmado quando se observa os três (03) tipos de cânceres que mais apareceram na pesquisa, são os cânceres de intestino, de cabeça e pescoço e de pulmão que juntos somam 80% da amostra, e confirmando esta circunstância esta a pesquisa do INCA (2018) que também encontrou maiores percentuais destes cânceres supracitados no sexo masculino (FIORI, et al, 2016).

Sendo que o CA de intestino está entre os cânceres mais recorrentes na população brasileira estando de acordo com o INCA (2018) na terceira posição de incidência nos homens com 8,1% e em segundo nas mulheres com 9,4%, ou seja, a pesquisa confirma este alto índice de cânceres de intestino.

Quando se volta para a escolaridade constata-se que os valores e incidências encontradas na pesquisa equivalem ao exposto no censo demográfico de 2010, feito pelo IBGE, portanto, a amostra é um reflexo da população brasileira. E a população brasileira apresenta um número de 81.386.600 pessoas que não possuem instrução ou não completaram o ensino fundamental, e na pesquisa o percentual destas pessoas é de 55% ou em números absolutos 11 dos 20 participantes.

Algo relevante que podemos apontar nesta pesquisa é a influencia da mídia sobre os hábitos de vida da população, principalmente nas classes sociais menos favorecidas, pois nos jornais e anúncios, o cigarro e o álcool era mostrado como expressão de liberdade, igualdade e aludia acesso aos bens de consumo nas décadas de 50 e 60 (SIQUEIRA, 2014).

Como visto a propaganda tem como função traduzir e refletir o contexto social, assim como trata também de criar estereótipos e desejos; percebe-se que a cena apresentada parece tratar de um jantar importante entre o homem de terno com seu copo de whisky e a mulher com o cigarro em uma das mãos onde ambos desejam surpreender o outro. (OLIVEIRA, p. 49, 2002).

No que se refere ao tempo de diagnóstico a pesquisa identificou que seus participantes tiveram uma estimativa média de 4 anos, e esta situação se aproxima da

estimativa de 2018 feita Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS) que declarou que 43,8 milhões pessoas estão vivendo com o diagnóstico há cinco anos.

Nas perguntas da segunda parte do instrumento de coleta de dados os participantes se manifestaram ativamente, no entanto, em algumas perguntas se expressaram através de poucas palavras e explicações, conseqüentemente isso ocorreu pelo fato de ser de difícil definição os questionamentos realizados pela pesquisadora. Isso porque desde os primórdios dos tempos se busca e pensa em construir narrativas descritivas do que seria o processo de saúde e doença, ou seja, o que é saúde e o que doença (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2015).

Além disso, outro fator que talvez possa ter impedido que as explicações fossem mais robustas ou amplas foi o fato de ser a maioria dos participantes da pesquisa não possuírem se quer o ensino fundamental completo, ou seja, há muitas lacunas de conhecimentos científicos, dificuldades de buscar o conhecimento ou mesmo de se expressar nas falas dos participantes (RIBEIRO; ANDRADE; AGUIAR, et al, 2017).

Iniciando a segunda parte do instrumento de coleta de dados com a seguinte pergunta: “Para você, o que é saúde e o que é doença?”, emergiu a dificuldade de definição ou a unidirecionalidade de respostas, pois a maioria dos participantes se limitou a definições antigas, desatualizadas, simplistas e mecanicistas. E a discussão das categorias se inicia pela categoria Silêncio Corporal por conter nas falas opiniões que seguem a direção de que para se ter saúde apenas se faz necessário não se ter doença.

6.1 SILÊNCIO CORPORAL

Na categoria Silêncio Corporal oito (08) dos 20 participantes mencionaram que ter saúde é não sentir dor ou não ter doença, como verificamos nas seguintes falas das subcategorias Ausência de Dor e Ausência de Doença:

“Ter saúde é não sentir nada, não ter dor, nem tosse, nem nada”
(E1);

“Saúde é um estado em que você não sente nada” (E9);

“Saúde é não ter doenças e nem dores pelo corpo” (E15);

“Uai, pra mim saúde é quando a pessoa está assim igual eu, tá bem, sem sentir nada” (E18);

“[...]não tem doença” (E6);

“[...]não ter doença” (E10);

“[...]não ter doenças” (E15);

“[...] não ter doenças” (E16).

Portanto, diante das falas se observa que o conceito biomédico ainda está muito enraizado na sociedade, pois além da baixa taxa de educação em saúde da população, a visão mecanicista, cartesiana, impera no nosso mundo capitalista, onde na área da saúde ainda há locais em que números significam mais do que vidas, ou seja, não é interessante que as pessoas sejam informadas corretamente sobre a saúde, muito menos no que se refere ao desuso teoricamente do modelo biomédico há algumas décadas (UCHÔA; VIDAL, 1994; MARCO, 2006; LANGDON, WIIK, 2010).

Relativo ao conceito clássico do modelo biomédico, este é baseado na ótica cartesiana e diz que a doença é a perda permanente ou temporária do funcionamento dos órgãos ou de um órgão, desse modo a cura seria a restauração da máquina, ou seja, do órgão (UCHÔA; VIDAL, 1994; MARCO, 2006; LANGDON; WIIK, 2010; ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2015).

Segundo Albuquerque e Oliveira (2015),

[...] o modelo biomédico negligencia as representações que as pessoas fazem sobre o seu estado de saúde. É o caso, por exemplo, das avaliações subjetivas sobre os sintomas, das interpretações ou das significações sobre as causas e as evoluções de uma determinada doença, da implementação e da modificação de estilos de vida ou da decisão em aderir às recomendações feitas pelo médico. (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2015, p. 31).

A lacuna do modelo biomédico consiste na denotação que as pessoas devem atribuir ao conceito de saúde como a ausência de doença ou de perturbações corporais (LANGDON, WIIK, 2010; ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2015).

A saúde e a doença são concepções vitais e estão sujeitas à constantes mudanças. Recentemente a escassez de saúde ainda tinha a definição de presença de doença e após esta definição pouco explicativa foram acrescentadas as questões sociais e emocionais (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2015). Dessa maneira, o conceito de saúde e doença possui aspectos multicausais, além dos fatores biológicos, os psicológicos e sociais, porém não existem acepções que possam ser unânimes (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2015).

A unanimidade é difícil na área da saúde, principalmente quando envolvem definições de modelos a serem seguidos, no entanto, para Dejours (1986) e Caponi (1997) a saúde das pessoas deve ser tratada de maneira individual e desligada de padrões ou quaisquer fixações prévias, uma vez que o ser humano é dinâmico e único.

Diante das falas dos participantes da pesquisa surgiu a preocupação de que a educação em saúde ainda está deficitária em sua base, pois as pessoas não conseguem reconhecer o seu estado de saúde ou de doença, desconsiderando em sua maioria as questões psicológicas e sociais. Nesta vertente o autor Almeida Filho (2000) afirma ser de difícil definição o termo saúde, visto que, nem mesmo as instituições acadêmicas e científicas detém este conhecimento de maneira clara sobre o que seria essa tão almejada “saúde”.

Relativo ao supracitado Nakazawa e Moji (2018) concorda com os dizeres, pois descreve em seu artigo que saúde é uma condição de longo período sem a ocorrência de doenças, logo, verifica novamente na literatura que o modelo biomédico ainda é perpetuado e estimado, em especial pela maioria dos profissionais da área da saúde tornando a educação em saúde da população ainda mais prejudicada.

Por meio da pesquisa podemos confirma o que foi relatado por Almeida Filho (2000) de que a sociedade em geral tem dificuldades de expressar o conceito de saúde, e por esta questão acaba retornando aos conceitos anteriormente disseminados, como é o caso do modelo biomédico, que e de fácil entendimento, memorização e visualização na vida real (concreto).

Sendo mais enfático no que se refere ao conceito de saúde Almeida Filho (2000) afirma que pessoas com doenças muitas vezes sofrem com os sinais e sintomas, ou seja, é sintomática, mas também esclarece que outras pessoas podem ter a doença e não manifestar nenhum alerta clínico. No entanto, se observarmos a subcategoria ausência de doença as falas dos participantes estão em total contradição com o autor supracitado, isso por que quatro (04) destes manifestaram a seguinte resposta sobre ter saúde é “[...] *não tem doença*”, demonstrando que para estes o fator determinante de saúde é não ter uma patologia.

Todavia, devemos concordar que não ter doença faz parte e ajuda a alcançar o estado de saúde ideal, mas não seria o único determinante desta condição isso porque há inúmeros determinadores ligados à saúde e para se assegurar a saúde de uma pessoa se faz necessário pontuar todos esses determinantes, de maneira a averiguar a sua presença e o grau de participação na vida da pessoa. Como as pessoas possuem características e objetivos distintos, sendo todas únicas e dinâmicas a definição do que é saúde não seria tão simples (LAGEMANN; ABRANTES; BAIENSE, 2018).

Por fim, a categoria Silêncio Corporal comprova que a lacuna sobre a definição do que é saúde continua e está sendo preenchida pela disseminação simplista de que ter saúde é “não sentir nada” e “não ter doenças”, ou seja, o modelo biomédico está enraizado e é de fácil compreensão popular, por isso que muitas vezes se evita tentar mudar esse conceito. Sendo que essa concepção de saúde acaba por afastar os profissionais de saúde da subjetividade da pessoa e potencializando a medicalização da

vida, e tudo isso pode acarretar uma resistência a interação entre a parte curativa e subjetiva do cuidado em saúde dificultando a assistência em saúde.

Regressando para a definição de saúde preconizada atualmente pela OMS que defini saúde como sendo “um estado de bem-estar físico, mental e social completo” não é de se estranhar o aparecimento da categoria Bem-estar na pesquisa, visto que demonstramos acima que o modelo biomédico ainda está enraizado, no entanto, sabemos que em pleno século XXI há a disseminação dos dizeres da qualidade de vida, mesmo que superficialmente, ou mesmo em decorrência das questões estéticas (NAKAZAWA; MOJI, 2018).

6.2 BEM-ESTAR

Observando as falas dos participantes da pesquisa as pessoas atribuem bem-estar às condições psicológicas benéficas e qualidade de vida, sendo estas as denominações das subcategorias da categoria Bem-estar. Porém, esta categoria se contradiz com os achados da categoria anterior, isso por que na categoria Silêncio Corporal a maioria dos participantes demonstraram que a saúde significa não ter doença ou não sentir nada, o que indica o modelo biomédico, mas quando se atribui a condição de saúde às questões psicológicas, qualidade de vida e bem-estar estas não seguem o modelo curativista (ALBUQUERQUE, OLIVEIRA, 2015).

Em outras palavras o modelo biomédico tão identificado nas falas dos participantes na categoria Silêncio Corporal desconsidera todas as conceitualizações subjetivas e individuais de saúde que as pessoas fazem destinando toda a sua atenção totalmente para o ponto objetivo de cuidar das disfunções fisiopatológicas.

Por meio das falas da categoria Bem-estar abaixo:

“Saúde pra mim é ter paz, principalmente paz.... uma mente saudável...”
(E2);

“[...] estar livre de preocupações” (E10);

“Viver com felicidade é ter saúde[...]” (E12);

“[...]não ter preocupações” (E16);

“[...]vontade de viver[...]” (E17);

“[...]é quando a pessoa tá assim igual eu, tá bem[...]” (E18);

“Saúde[...] é aproveitar a vida” (E4);

“[...]bem-estar, trabalhar no que gosta, ter uma vida em família saudável, cuidar do próprio corpo” (E7);

“Saúde[...] ter uma vida sadia, alimentação saudável” (E10);

“Pra mim, saúde é ficar bem[...]” (E11);

“[...]conseguir ter uma vida normal, tendo bem-estar, qualidade de vida[...]” (E16).

Verificamos que a definição de saúde e doença descrita na categoria Silêncio Corporal se desfez, e isso aconteceu porque as pessoas não tem uma definição fechada e única para a saúde e doença. E mesmo os participantes da pesquisa que são parte de uma população específica que possuem maiores períodos de contato com profissionais da área da saúde, não se constata qualquer diferença com os demais membros da sociedade global no que se refere a definição de saúde e doença (BRASIL, 2003; BRASIL, 2010; COFEN, 2017).

É fatídico que o tempo de contato com os profissionais da saúde com pessoas que passaram ou estão passando por tratamentos longos e complexos possibilita que a exposição à educação em saúde ocorra e se faça continuamente, no entanto, os participantes da pesquisa que possuíram ou possuem uma neoplasia não se

diferenciaram dos demais integrantes da sociedade que não sofreram com este agravo (FREITAS; CABRAL, 2008).

Outro fato interessante que os participantes atribuíram inicialmente a saúde foi a falta da doença, mas com o decorrer descreveram como sendo condições mais subjetivas e que acompanham a nova definição da OMS indicando a complexidade do que está sendo perguntado, e por serem em sua maioria pessoas com baixo índice de escolaridade as expressões ou verbalizações mostram-se sem preocupações, as vezes desconexas ou com apresentação de antíteses (WHO, 2017).

Um fator dificultador reconhecido é de que as pessoas que sofrem com neoplasias passam por desorganizações comportamentais, sociais e até de convicções sobre a vida, o que pode acarretar obstáculos para falar ou descrever sobre saúde, pois ao ver da maioria desta população eles não possuem a patologia na atualidade e por isso talvez não consigam defini-la convictamente (FREITAS; CABRAL, 2008).

Observando esta categoria denominada Bem-estar podemos notar que a percepção de saúde para os participantes se pauta na vida sem preocupações, com condições psicológicas mais amenas tanto individualmente quanto no ambiente familiar, como indicam as falas seguintes:

“Saúde pra mim é ter paz, principalmente paz[...]” (E2);

“[...]estar livre de preocupações” (E10);

“[...]bem-estar, trabalhar no que gosta, ter uma vida em família saudável, cuidar do próprio corpo” (E7).

Sendo que estas concepções vão de encontro com a palavra *Páthos*, do grego que indica condições prejudiciais tanto físicas quanto moral, ou seja, deixa o conceito de saúde mais amplo e com possibilidade de alcançar a subjetividade real das pessoas (REZENDE, 2014).

Então quando os participantes desta pesquisa indicaram como sendo sinônimo de saúde a qualidade de vida, estes não estão equivocados, visto que de acordo com

Pereira, Teixeira e Santos (2012) muitos autores fazem esta analogia, e ainda ressaltam que outros utilizam como um conceito mais abrangente sobre as condições de saúde das pessoas. Foi importante aparecer nas percepções dos participantes da pesquisa a qualidade de vida uma vez que o estudo tem o intuito de realizar uma abordagem holística que possibilite a melhoria nas condições de atendimento de saúde desta população específica, isso porque pessoas que sofrem com neoplasias necessitam de boa saúde e isso só é possível com qualidade de vida.

Em uma tentativa de pensar em bem-estar e qualidade de vida nos deparamos com o resultado da união de diversos fatores, sendo que para se fazer existir o bem-estar é necessário que exista a qualidade de vida e de acordo com os participantes da pesquisa, por este fato que o bem-estar é um categoria que possui como subcategorias a qualidade de vida e condições psicológicas benéficas formando-a.

E para pensar na questão de bem-estar se verifica que os participantes também se basearam no conceito de que tem que ser uma pessoa ativa, seja como sendo um trabalhador ou pelo menos que consiga ser independente diante dos demais ao redor.

6.3 AUTOSSUFICIÊNCIA

Então, verifica-se que um problema que é tanto social quanto pessoal é a ausência de saúde ou a presença de doença. Neste sentido, é pessoal, pois a capacidade de trabalhar é individual, e está correlacionado com a saúde física e mental (FONSECA 2017). Podemos afirmar isto através das falas dos participantes a seguir, que veem a saúde de um modo instrumental:

“[...] capacidade para trabalhar.” E3;

*“[...] é o que eu tinha antes, trabalhava, arrumava aqui em casa.”
E5;*

“[...] trabalhar no que gosta” E7;

“[...] poder trabalhar [...].” E8;

“[...]a gente trabalha [...].” E14;

“[...] ainda consegue trabalha [...].” E18;

“[...] é quando a gente trabalha [...].” E19;

“[...] trabalha.” E20.

A instrumentalização da saúde tornou-se uma “cultura” desde a Revolução Industrial, onde as pessoas necessitavam da saúde para trabalhar, e assim poderem sustentar a si e aos seus familiares. Após o incrível número de vidas ceifadas pelas condições em que as pessoas trabalhavam, o governo começou a investir na “higienização”, saneamento básico, e saúde básica, além de leis básicas trabalhistas, pois traziam vantagens econômicas diretas, como menos gastos para tratar pessoas doentes ou inibir a proliferação das doenças, outras indiretas seria a possibilidade de trabalhar mais dias por não ter agravos de saúde que o impossibilitasse (GIATTI, BARRETO, 2003; BRAVO, 2016; FONSECA 2017).

Desse modo, a saúde é um recurso/investimento, em vez de que o estado, se caracteriza por força física, resistência, vigor. Sendo qualquer coisa que nos permite trabalhar, constituindo em uma característica pessoal, porque algumas pessoas têm mais ou menos “saúde instrumental” (GIATTI, BARRETO, 2003; BRAVO, 2016; FONSECA 2017).

Segundo alguns entrevistados, como, por exemplo:

“[...] capacidade para trabalhar.” E3;

“[...] é quando a gente trabalha [...].” E19.

As pessoas que trabalham apresentam melhores condições de saúde e pessoas doentes são excluídas do mercado de trabalho. Segundo Fonseca (2017) “O desemprego tem sido associado a piores condições de saúde, a maiores taxas de mortalidade e prevalência de sintomas psiquiátricos, hipertensão e hábitos de vida nocivos, como consumo de bebida alcoólica e cigarro”.

Além da saúde instrumental os participantes também atribuem à falta de ânimo, de força, de disposição de ir e vir como determinadores de estar doente, e isso pode ser constatado nas falas que seguem:

“[...] ter disposição, ânimo, força [...].” E3;

“[...] estar bem para poder ir a todos os lugares que gosto.” E4;

“[...] ia pro buteco com meus amigos, ia pra cidade [...].” E5;

“[...] ter força [...].” E14;

“[...] ter disposição” E17;

“[...] faz de tudo e mais um pouco e nada acontece.” E20.

Novamente nos deparamos com o modelo biomédico intrínseco nas falas dos participantes, uma vez que se pautam em condições físicas, como “ter ânimo”, “ter disposição” e “ter força” que apesar de indicar uma condição concreta que é a física não tem como se medir a não ser por meio da demonstração consciente dos entrevistados, ou seja, apesar de indicar condição física é medida subjetivamente.

6.4 ENFERMIDADE

Esta categoria é formada pelas quatro subcategorias dor, desconforto, incapacidade e infelicidade.

Ao discutirmos sobre a dor, voltamos na questão do tópico 6.1, onde discutimos sobre a categoria Silêncio Corporal, onde “ter saúde é não sentir dor”. De modo que estas pessoas isolam os aspectos psicossociais, voltando ao modelo biomédico, e as seguintes falas corroboram com o que fora mencionado:

“A doença é quando a gente tem dor, e vê alguma coisa errada no corpo” (E1);

“[...] doentes fisicamente, com dor[...].” (E7);

“Doença é quando tem muita dor[...].” (E8);

“[...]doença é sentir qualquer coisa que incomoda[...].” (E9);

“E doença é ter dor sempre e não aguentar” (E15);

“Doença seria não[...] sofrer com dores” (E16);

“Doença é sentir dores[...].” (E17);

“Doença quem tem mesmo é minha mãe, reclama de dor” (E19).

Portanto, claro que devemos caracterizar a dor como um estressor que altera nosso desempenho, os relacionamentos interpessoais, e até alterações psicológicas, porém vivemos em um mundo medicalizado, onde as pessoas acreditam que ao sentir cefaleia, dores musculoesqueléticas ou gastrointestinais, deve se tomar um medicamento e a dor assim irá cessar, e com a ausência dela, temos saúde. No entanto, o uso de medicamento em muitos casos leva as pessoas a abandonar as práticas antigas não

medicamentosas como, por exemplo, um simples relaxamento, ou um banho morno, que não prejudica nosso organismo e pode até melhorar nossa qualidade de vida, sem termos que fazer uso de medicamentos ou formas mais invasivas de tratamentos de saúde (FLEISCHER, S. FRANCH, 2015).

Voltando a discussão para a subcategoria desconforto se constata que as falas dos participantes demonstram que a doença é caracterizada como algo diferente e independente que leva o corpo a configurações específicas, mas distintas do que se taxa como sendo normalidade e ideal. Ou seja, quando relatam que:

“[...] e vê alguma coisa errada no corpo” (E1);

“[...] é sentir qualquer coisa que incomoda.” (E9).

Então, observa-se que as pessoas descrevem a doença como sendo algo diferente, destoante do normal e que reflete em seu corpo através de manifestações desagradáveis e prejudiciais. Tudo citado acima é um agregado de experiências adquiridas e proporcionam uma visão de enfermidade, isso porque de acordo com Helman (2009) “Enfermidade inclui não somente sua experiência de saúde debilitada, mas o significado que ele confere àquela experiência.”, o que levou a considerar a enfermidade ao status de maior relevância na pesquisa por expressar a real visão do participante, colocando a mesma como categoria.

Sendo assim, nesta categoria constatamos que há inúmeros modelos populares de sofrimento descritos pelos participantes, no entanto, nos dizeres destes aparecem três vertentes principais, sendo a primeira de que a enfermidade é quando se senti dor, a permanência dos incômodos e por fim a incapacidade causada pelo agravamento da situação de enfermidade já instalada. Mas cada pessoa vive, convive e absorve as “anormalidades” de maneiras diferentes, até mesmo a questão de enfermidade pode vir a ser influenciada pela cultura e o social, acarretando uma possível formação de distintos modelos e posições no que se refere a enfermidade para as pessoas (HELMAN, 2009).

Referente a sentir, viver e absorver diferentes disfunções do organismo de acordo com Rezende (2014) os participantes desta pesquisa se pautaram na descrição quase

que exata e fiel da palavra doença, que o autor supracitado transcreveu em seu artigo como sendo a enfermidade um sentir ou causar dor, amargurar e afligir-se, portanto, a pesquisa demonstra que talvez os participantes se limitem demais a definições exatas por conhecerem o modelo biomédico de saúde.

Outro fator que leva estes participantes a se limitarem apenas as definições biomédicas de doença é que por deterem um grau de escolaridade baixa, 75% dos participantes se limitaram apenas ao ensino fundamental, o que dificulta o entendimento ou mesmo o aprofundamento dos conhecimentos, que até mesmo para os especialistas são de difíceis definições (ALMEIDA FILHO, 2000; NAKAZAWA, MOJI, 2018; ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2015; LANGDON, WIIK, 2010).

No entanto, é aceitável que a pessoa com câncer ou que acabou de sofrer com o mesmo tenha dificuldades de se expressar sobre doença, isso por que sabe-se que estas pessoas passam por desordens psíquicas que os afetam profundamente, e a questão abordada talvez deixe a pessoa mais fragilizada ou confusa (SALIK, 2013; BATISTA, MATTOS, DA SILVA, 2015).

Analisando a subcategoria incapacidade nota-se que as frases dos participantes sempre são destinadas a vulnerabilidade, dependência e incapacidade, ou seja, alguns só se sentem incomodados ou doentes quando possuem privações físicas adquiridas, logo, estas falas indicam novamente a preocupação com o biológico (modelo biomédico) que é supervalorizado e com o psicossocial desconsiderado (BATISTA, MATTOS, DA SILVA, 2015). Todavia nem sempre que se fica doente causará debilidade ou dependência física como os participantes descrevem, desta forma as falas indicam que a visão esta ligada apenas à condição física. Como constatado nas falas que se seguem:

“[...]hoje não consigo mais mexer as pernas” (E3);

“[...]não tem mais força” (E5);

“[...]derruba a gente na cama[...].” (E6);

“[...]não consegue trabalhar[...] tem que ficar em casa...” (E8);

“[...] ficar na cama sem força para nada[...].” (E14);

“[...] não conseguir aguentar” (E15);

“Doença[...] ter que tomar muitos medicamentos para viver, não conseguir fazer as atividades diárias[...].” (E16).

Ou seja, nas falas o foco é o desempenho físico e a limitação se transformou em algo intransponível e irreversível de maneira que para os participantes a definição de ausência de saúde é focada na limitação física. E isso é preocupante, pois sabemos que faz parte do enfrentamento da neoplasia ultrapassar os entraves, sendo as limitações físicas e os pensamentos negativos os principais empecilhos para se transpor os obstáculos e se ter um prognóstico mais favorável (GALVAN et al., 2013).

E por serem prejudiciais deve se observar que os participantes desta pesquisa também atribuíram a condição mental prejudicada a causa das neoplasias, ou seja, além de interferir na cura das doenças também foi atribuído a condição mental o fato de casualidade. Observando as falas abaixo:

“O que mais adoce o corpo é a falta de amor e compreensão.” E2;

“[...] agora doença, é quando a gente fica ruim, [...], igual a minha mulher. Ela nunca fez nada e morreu de câncer no pulmão. Ela era preocupada demais e muito triste [...] não queria mais viver.” E5;

“A doença tem várias faces, podemos estar doentes [...] mentalmente.” E7;

“[...] se a gente não é feliz na vida, aparece um tanto de doença.” E12;

“Doença é assim, pouca paz [...].” E13;

“Doença seria não conseguir viver e aproveitar a vida [...]” E16.

A maioria das falas transcritas acima demonstram que questões mentais são pontuadas como causadoras das doenças, e em alguns casos colocadas no rol de principais causadoras ou únicas, sendo que para a OMS o estado mental interfere nas condições de saúde do indivíduo, porém não como um único fator causal, exceto quando falamos das doenças psicossomáticas (SCLIAR, 2007).

A infelicidade aparece com destaque nas falas de dois participantes:

“[...] agora doença, é quando a gente fica ruim, [...], igual a minha mulher. Ela nunca fez nada e morreu de câncer no pulmão. Ela era preocupada demais e muito triste [...] não queria mais vive.” E5;

“[...] se a gente não é feliz na vida, aparece um tanto de doença” E12.

Ou seja, para estas pessoas o estado mental é crucial para ter saúde plena. Portanto, apesar de incompleta verificamos que existem pessoas que colocam o estado mental como sendo uma possibilidade dentro do conceito de saúde e doença, e assim, com uma orientação adequada de saúde essa percepção poderá ser completa.

6.5 FATORES CAUSAIS DO CÂNCER (TABACO E/OU ÁLCOOL)

Se voltando para a pergunta: “Você acha que beber ou fumar tem relação com seu estado de saúde? Em sua opinião, por que o câncer aparece?”, emergiram três subcategorias intituladas Certeza, Negação e Incerteza que propiciou o surgimento da categoria Fatores causais do câncer (tabaco e/o álcool).

Como os seres humanos são dinâmicos e possuem conhecimentos e vivências distintas a forma de absorção das informações das pessoas que possuem o diagnóstico de um câncer podem ser absorvidas de maneiras diferentes, sendo que algumas pessoas aceitam que a neoplasia é um conjunto de fatores causais e que dentre estes estão os hábitos de consumir álcool e tabaco, sendo que esta condição também apareceu nas descrições dos participantes da pesquisa quando indagados sobre a relação causal do álcool e tabaco com o câncer (REGIS; SIMÕES, 2005).

Isso pode ser verificado nas falas transcritas abaixo:

“Sim e muito[...]” (E3);

“Claro que tem, sabe moça, minha mãe e meu pai também sempre me diziam não bebe e nem fuma que vai viciar e acabar com sua vida” (E4);

“Sim, além da minha disposição genética, não levei uma vida saudável, não pratiquei exercícios físicos, sempre comi o que quis” (E7);

“Sim, a bebida e o cigarro fazem mal pra saúde de várias formas, e ajuda a fazer aparecer o câncer” (E9);

“Lógico, a vida desregrada, os maus costumes, e o cigarro e o álcool podem ativar a doença mais rápido” (E10);

“Também, minha vida inteira fizeram eu chegar nesse ponto, além das coisas erradas que fiz (beber e fumar)” (E13);

“Minha mãe já falava que fumar fazia mal e nos não escutava ela” (E14);

“Tem sim e isso me deixa triste por que eu que procurei” (E15);

“[...]Claro que tem e muito” (E16);

“[...]Mais tem sim” (E20).

Apesar de ter aparecido participantes que aceitam que o uso de álcool e tabaco afetam a saúde e tiveram talvez influência na formação do câncer, somente metade dos entrevistados reconheceram este fato, por isto nota-se que o conhecimento de saúde destes participantes é superficial, restringindo ao saber que pode afetar por intermédio de leigos da saúde, e isso pode ser verificado, pois as falas são sucintas e com dizeres de senso comum.

E de acordo com Regis e Simões (2005) a aceitação da doença ocorre em algumas pessoas após o diagnóstico de câncer, porém ressalta que essa aceitação nem sempre ocorre e é sentida de maneiras diferentes por cada indivíduo, o que piora quando refere-se aos fatores causais do câncer, portanto, a educação em saúde é de suma importância para preencher essa lacuna e assim propiciar à pessoa forças para realizar todo o tratamento dessa patologia tão cruel e estigmatizada.

Corroborando com esta afirmação Vieira, Lopes e Shimo (2007) ressalta que as experiências sofridas durante o câncer são de difíceis explicações por serem conceitos subjetivos. No entanto, a maioria das pesquisas relata aceitação apenas do diagnóstico e não referente a aceitar que existem fatores externos que causam câncer, sendo exemplos deles os hábitos de vida, ou seja, nesta pesquisa buscamos na mesma temática saber se as pessoas com câncer tem conhecimento sobre os fatores causais externos da patologia.

Partindo para a subcategoria Negação encontramos falas novamente baseadas em conhecimentos simplistas e disseminadas por pessoas leigas que só tem importância na vida da pessoa que esta com câncer por ter um vínculo afetivo, tornando assim a informação transmitida muito relevante e real.

“Particularmente não[...] é mágoa, é como tomar veneno e querer que o outro morra, isso faz nosso corpo adoecer e aí aparece o câncer, nosso sistema imune fica fraco” (E2);

“Porque eu acho que aparece mesmo é por causa da vida sofrida que a gente leva” (E5);

“Acho que aparece porque é provação de Deus. Só que a gente ajuda fazendo coisa errada” (E6);

“O médico fala que tem, mas eu acho que não[...]” (E8);

“Aparece porque a gente fica velho, e porque o corpo começa a funcionar errado” (E11);

“Meu marido fala que não[...]” (E12);

“Acho que não e eu não bebo apenas fumo” (E17);

“Não tem não” (E18).

O ato de negação nesta pesquisa não é referente a estar com câncer e sim no que se refere à resposta negativa quanto aos fatores causais do câncer, isso por que oito (8) dos vinte (20) participantes negaram ser os hábitos de vida de consumir álcool e tabaco causadores ou intensificadores do câncer. Por meio da resposta do participante E8 *“O médico fala que tem, mas eu acho que não...”* observamos que um profissional afirmou ter relação, mas em nenhum momento o participante trouxe a explicação que lhe foi dada e no final da fala o mesmo manifesta que não acredita que o álcool e o tabaco prejudique sua saúde.

A falta de explicação ou aprofundamento das causas do câncer acarreta a desconfiança demonstrada pelo entrevistado E8 ao relatar *“[...]mas eu acho que não[...]”*,

pelo modelo biomédico o atendimento é unidirecional, ou seja, não se preocupa com as percepções e opiniões do atendido apenas se efetua as avaliações do organismo da pessoa e lhe direciona orientações generalizadas como aparentemente parece ter ocorrido neste atendimento e momento descrito pelo participante.

Também acarreta incertezas como as demonstradas nas falas a seguir:

“Quando eu penso em mim, eu acho que sim, mas quando eu penso na minha mulher, eu já não sei de mais nada [...]. tem resposta certa?” (E5);

“Eu não sei, porque tem criança que tem essa doença, não é?!” (E6);

“[...] pode ser que sim [...].” (E19).

Essas incertezas se fundamentam em um raciocínio simples e de senso comum, que as levam a questionar: como pessoas que não fazem uso dessas substâncias também sofrem com o câncer? Portanto, para eles estes não seriam agentes causadores das neoplasias. Nessas falas os participantes demonstram incertezas e indagações que realizam para a pesquisadora ou de maneira retórica (ANGELO; MOREIRA; RODRIGUES, 2010).

Também são encontrados estudos que relatam as incertezas perante as inseguranças vivenciadas durante o tratamento do câncer de maneira que reforça ser normal ter incertezas vinculadas à cura, tratamentos e possibilidade de sobrevivência, no entanto, sobre a percepção das pessoas que sofrem ou sofreram com neoplasias sobre saúde e doença não se encontra literatura (ANGELO; MOREIRA; RODRIGUES, 2010).

Apesar de todo o desenvolvimento tecnológico na área da saúde ainda temos a presença de incertezas sobre cura, tratamento, sobrevivência ou mesmo sobre fatores causais, como apareceu neste estudo. Todavia, é importante ressaltar que os estudos focam mais nas incertezas primordialmente no que diz respeito à fase do diagnóstico, mas além do diagnóstico é necessário que o profissional de saúde se preocupe e saiba

quais são as outras incertezas que surgem nas pessoas com câncer para adequar o atendimento de maneira mais holística.

6.6 ASSISTÊNCIA DE SAÚDE

Por fim na última pergunta da segunda parte do instrumento de coleta de dados realizada pelos pesquisadores foi “Algum profissional de saúde já conversou com você sobre o câncer ou sobre o álcool e cigarro? Que profissional foi esse? E o que ele falou?” conseguindo por meio das falas formou duas subcategorias, denominadas Conselho e Aviso, que agregadas formaram a categoria Assistência de Saúde.

Referente à categoria Assistência de Saúde observou nas falas dos participantes que profissionais de saúde os atenderam de maneira superficial e com atuação inadequada, chegando ao ponto de estarem negligenciando a realização da educação em saúde, uma vez que não executaram uma orientação fidedigna com abertura para que a pessoa atendida pudesse expor suas dúvidas.

Podemos observar a frase acima nas falas de alguns participantes:

“O médico disse pra eu parar de beber e fumar” (E1);

“[...] falou há 20 anos que eu tinha um pulmão extenso e deveria largar o cigarro... enfermeira quando viu meu exame falou que preciso parar de beber e fumar” (E2);

“[...] o médico falou pra ele sobre o câncer, falou que ele tinha que parar de beber e fumar” (E8).

Verifica-se que as orientações de saúde se limitaram apenas a aconselhá-los a pararem com os hábitos de fumar e consumir bebidas alcóolicas, mas não foi explicado o motivo para tais solicitações das pessoas assistidas, ou seja, a forma de abordagem

realizada foi como se os profissionais estivessem opinando simplesmente. Então, nestas falas se observa que não ocorreu uma comunicação completa, mas sim uma transmissão unilateral sem maiores aprofundamentos ou abertura para tirar dúvidas o que dificulta a aceitabilidade e empenho na execução das orientações de saúde (TADDEO et al, 2012).

De acordo com Taddeo et al. (2012), os esclarecimentos sobre as condições de saúde crônicas tornam as pessoas mais protegidas e confiantes no que tange à evolução e prognóstico da doença, então, o desconhecimento da patologia acarreta prejuízos imensuráveis ao tratamento. Além disso, também tem que se preocupar como a forma de atuação dos profissionais da área da saúde com o intuito de que se efetue uma assistência de saúde holística do indivíduo, que consiste em respeitar a pessoa no que se refere às questões biológicas, psíquicas, espirituais e sociais, se fazendo necessário a transmissão de informações sobre a doença e as reais condições da saúde da pessoa (FONTES; ALVIM, 2008).

É importante salientar que as tecnologias leves e leves-duras, sendo que a primeira se referente às relações interpessoais e a segunda aos saberes estruturados, como por exemplo, os saberes científicos, devem ser empregadas tanto quanto as tecnologias duras, que consistem nas técnicas, procedimentos e recursos materiais de saúde, uma vez que propiciam uma maior adesão e fidelidade ao tratamento de saúde prescrito (GUEDES, HENRIQUE, LIMA, 2013; MERHY, 2007; SABINO et al., 2016; THEOBALD, 2016). No entanto, foi constatado nas falas dos participantes que esta utilização foi mal executada ou não executada transformando o atendimento em uma comunicação informal, ou seja, o participante em nenhum momento se sentiu orientado, auxiliado ou mesmo guiado pelas palavras dos profissionais.

Como citado acima, a falta do emprego adequado de todas as tecnologias de saúde pode provocar a não execução das condutas prescritas pelos profissionais de saúde às pessoas, como demonstrada na seguinte fala:

“Os médico, as enfermeira, o povo tudo do hospital pergunta se eu continuo fumando e bebendo, eles não precisa saber o que eu faço, mais eles falaram sim, que era pra eu para de bebe e fuma” (E19).

Sendo que a todo instante os participantes da pesquisa relataram que tiveram conversas sobre o assunto, no entanto, nenhuma delas transmitiu uma só orientação que não fosse apenas as frases “parar de fumar e beber”, “parasse de fumar”, “não posso beber” o que indica a informalidade, falta de conectividade e falta de emprego dessas tecnologias leves na assistência de saúde realizada.

Outro fato que chamou a atenção dos pesquisadores novamente foi sobre a comunicação realizada ao invés de orientar e aproximar a assistência de saúde do participante tornou-se um agente de distanciamento, isto porque em uma das entrevistas o participante relatou:

“[...] enfermeiras falaram que como eu tenho bastante pré-disposição, não posso beber[...]” (E10).

O termo pré-disposição não foi em nenhum momento explicado e utilizado de maneira displicente. Como constatado em nossa pesquisa, o percentual de escolaridade dos participantes é, ensino fundamental completo, sendo necessário que as orientações fossem efetuadas de maneira adequada, minuciosa e dentro dos padrões de escolaridade dos mesmos, com o intuito de promover o entendimento do estado de saúde e formas de prevenir agravos, promover melhorias e qualidade de vida ou mesmo entender e buscar a cura.

Corroborando com o supracitado está o estudo de Theobald et al. (2016) no qual relata que as pessoas de baixa classe social recebem poucas orientações sobre a doença, o tratamento o prognóstico e também as que menos realizam questionamentos, visto que não possuem conhecimento ou não se acham capazes de realizar qualquer indagação; e como a assistência de saúde é feita de maneira generalizada estas pessoas não são orientadas e não sabem e não entendem o seu estado de saúde, o que é alarmante visto que a orientação feita pelos profissionais de saúde deveria se atentar para as singularidades das pessoas atendidas, ou seja, para os participantes desta pesquisa que possuem baixa escolaridade os esclarecimentos deveriam ter sido realizados de maneira minuciosa, clara e atenciosa.

Os fatos anteriormente citados indicam que os profissionais de saúde de maneira consciente estão negligenciando informações as quais foram preparados para disseminar em prol do paciente, tais como saber a fisiopatologia da doença, tratamentos, sinais e sintomas, riscos e o prognóstico da doença, sendo que pelas falas dos participantes verificamos que a falta de ação se enquadra em negligência e descumprimento dos direitos do paciente, e estes direitos são transmitidos aos profissionais de saúde durante a sua formação na graduação e enfatizado nas especializações (BRASIL, 2009).

As transcrições demonstram que os profissionais da saúde estão agindo de maneira contraditória aos seus códigos de ética, e ainda aparentam ter esquecido ou se quer apreendido sobre os direitos dos pacientes, visto que, não realização a educação em saúde tão enfatizada atualmente nas graduações dos cursos de saúde, pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS – PNH) e Órgãos Internacionais de Saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2010).

Em outras falas os participantes demonstram que do aconselhamento se passou para a prática do aviso, ou seja, os profissionais de saúde estavam apenas noticiando que eram portadores de neoplasia e o que poderia acontecer se não parassem de consumir tabaco e álcool, tendo sido citado por um participante que o profissional de saúde o alertou que ele corria o risco de perder a vida.

“[...]médico disse que se eu quisesse viver tinha que parar com tudo” (E1);

“Falaram que eu tinha câncer” (E6);

“[...] eu parei de fumar, foi porque uma pneumologista falou que se eu não parasse iria morrer em menos de cinco anos, e isso já faz dois.” (E10);

“o médico falou que eu tinha que parar de beber e fumar se não o câncer ia aparecer de novo em outro lugar” (E12).

Entretanto, deve se ressaltar que em estudos há a demonstração de diferenças entre as pessoas perante as informações de saúde quando estas possuem neoplasias, ou seja, algumas pessoas preferem receber menos informações selecionando o que desejam saber. No entanto, o profissional que efetuar a assistência de saúde deve deter todo o conhecimento sobre o quadro clínico da pessoa e da patologia que o mesmo está sofrendo para que se for permitido a exposição dos fatos o faça de maneira correta e adequada (ESTEVES; ROXO; SARAIVA, 2015).

O paradoxo exposto nesta pesquisa é de que apesar de todas as tecnologias e desenvolvimento de modelos de cuidado da saúde ainda se erra no básico, se esquece do simples e foca apenas na doença, ou seja, o profissional da área da saúde se preocupa mais com o concreto (patologias) do que com os pontos subjetivos (medos, preocupações, desorganizações comportamentais) e acaba por deixar a pessoa caminhar sozinha durante o tratamento de saúde e posteriormente chegar ao óbito sem ter a devida prestação da assistência de saúde humanizada.

Desta maneira acreditamos que os profissionais terão que efetuar a assistência de saúde em dois tempos, sendo o primeiro constituído por um período no qual ele seria apenas ouvinte e absorveria as informações, dúvidas e erros transmitidos pela pessoa atendida ou de seus familiares, para que em um segundo período efetuasse a educação em saúde adequada, viável e solicitada pela pessoa enferma e familiar.

E também de acordo com Gomez, Gutiérrez e Moreira (2011) os enfermeiros devem rotineiramente avaliar a percepção da doença que o paciente possui, os sentimentos e reações que o mesmo apresentada por causa da patologia, ou seja, para se realizar a assistência de saúde humanizada e eficiente é importante saber o que o paciente pensa, sabe e senti.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o estudo foi possível apontar que ainda existe uma imensa dificuldade em se efetuar a definição sobre o que é saúde e doença, no entanto, esta pesquisa possuía o intuito de saber como as pessoas com neoplasias etilistas e tabagistas pensavam sobre o que é saúde e doença para que o atendimento de saúde fosse mais específico, direcionado e eficiente, visto que este grupo agrega características diferenciadas. No entanto, ressaltamos que em nenhum momento se desejou fazer qualquer diferenciação discriminatória no atendimento de saúde, e sim possuir um maior entendimento sobre suas especificidades, para que sejam adequadamente interpretadas e facilite o atendimento de saúde tornando-o mais humanizado e direcionado ao grupo de pessoas etilistas e tabagistas, pois sabemos que o vício e dependência psicológica que estas substâncias causam são enormes e difíceis de serem abandonadas.

Entretanto, com o decorrer da pesquisa foi observado que as percepções das pessoas com neoplasias etilistas e tabagistas não fogem ao que a sociedade pensa em geral apresentado no que se refere ao entendimento sobre o estado de saúde e doença, portanto, o atendimento de saúde deve ser humanizado e holístico. Contudo, é necessário considerar que essas pessoas têm fatores de riscos relevantes e que estão no cotidiano propiciando que a exposição seja mais intensa e continua, por isso a atenção em saúde tem que ser maior no que se refere à realização de um acolhimento eficiente para que as pessoas aceitem e criem vínculo com os profissionais de saúde, o que acarretará adesão ao tratamento e as orientações, trazendo informações reais e fidedignas sobre seus hábitos, além dos desvios das orientações para que a recuperação da doença, manutenção da saúde e reabilitação sejam eficientes.

Saber o que os participantes da pesquisa pensam e atribuem a termo enfermidade ajuda a acumular insights reais e fidedignos sobre a apreensão do que seria processo de saúde e doença para uma pessoa com ou que passou por câncer tabagista e etilista, ou seja, uma parcela específica da população, mas que possuem características diferentes dos demais, no entanto, com este estudo constatou que no que se refere ao saber de saúde e doença pouca diferença foi apresentada.

Todo este trabalho tem o propósito de estudar a temática oncológica com profundidade nas percepções das pessoas com neoplasias, nesta situação as escolhidas foram pessoas que foram ou são usuários das substâncias álcool e tabaco, para promover uma reabilitação, a sobrevivência e a qualidade de vida adequadas a este grupo em específico tão estigmatizados.

Com esse estudo os profissionais da área da saúde conseguirão estruturar, planejar e intervir de maneira biopsicossocial, e assim promover a saúde, prevenir ou fazer com que o convívio com a patologia seja o mais suportável e adequado para o ser humano. Por meio do mesmo notamos que apenas com a educação em saúde é que a adesão ao tratamento e orientações poderão alcançar resultados favoráveis que promova o enfrentamento e a qualidade de vida a estas pessoas que tiveram ou tem alguma patologia.

Levando em consideração que as estimativas traçadas por órgãos nacionais e internacionais que trabalham com câncer indicam que o número de casos vem aumentando acarretando mudanças do perfil epidemiológico, se faz necessário refletir, analisar e estudar constantemente sobre esta temática, com a intenção de aperfeiçoar o atendimento e qualificar o profissional de saúde para o atendimento de pacientes oncológicos se realize de maneira singular e humanizado.

Por fim, este estudo visa encontrar subsídios para a ciência promover continuamente investigações ligadas à temática de oncológica e seus fatores causais e as percepções das pessoas que estão em tratamento de saúde desta patologia para que possa se almejar e concretizar aperfeiçoamentos nesta área seguindo o modelo biopsicossocial que tem como foco o diálogo e troca de conhecimento entre os profissionais da área da saúde e os atendidos, pois só assim o atendimento será singular e eficiente.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILL, S. **Imunologia celular e molecular**. 7. ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2012.

A. C. CAMARGO CANCER CENTER. **Tudo sobre o câncer**. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 3, n. 1, 2000.

ALBUQUERQUE, C. OLIVEIRA, C. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium**, v. 25, p. 26 – 39, 2015.

ANGELO, M.; MOREIRA, P. L.; RODRIGUES, L. M. A. Incertezas diante do câncer infantil: compreendendo as necessidades da mãe. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 301-308, abr./jun., 2010.

BALESTRIN, M. F. BARROS, S. A. B. M. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **Rev Polidisciplinar da Faculdade Guairacá**, v. 1, p, 18 – 41, 2009.

BATISTA, D. R.R.; MATTOS, M.; DA SILVA, S.F. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Rev Enferm**, UFSM, v. 5, n. 3, p. 499-510, jul./set., 2015.

BRASIL. IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 03 out. 2018.

BRASIL. IBGE. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf> Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH 2008**. Brasília, 2008. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf> Acesso em: 06 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde**. Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466 de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo: Fundamentos sócio-históricos**. Rio Grande do Sul: ed. Cortez, 2016.

CAPONI, S. **A proposito del concepto de salud**. Florianópolis: UFSC, 1997.

CARLINI, E. A. et al., **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia; 2006.

CARPENTER, J. Metaphors in qualitative research: Shedding light or casting shadows? **Res Nurs Health**, v. 31, p. 274–282, 2008.

CARRARD, V.C. et al. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 49-56, 2013.

CECCHETTO, F. R. **Violência e estilos de masculinidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

CHAVES, A. L. K. ISHIYAMA, L. A. G. BLUM, V. F. Doenças do Aparelho Digestivo: Atenção à Saúde: Etanol e Tabaco. **ALCOHOL AND CIGARETTE HEALTH & RESEARCH WORLD**, v. 21, p. 76-83, 2013.

CHERNICHARO, I. M. SILVA, F. D. FERREIRA, M. A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN Nº 564, de 06 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 2017 Dez 06; Seção 1: 157.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012a**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design: Choosing Among Five Approaches**. Canada: SAGE Publications, 2007.

DALY, K. J. **Qualitative methods for family studies & human development**. Canada: SAGE Publications, 2007.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.

DRIESSNACK, M. SOUSA, V. D. MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: Qualitative designs. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 4, p.684-8, July/August, 2007.

ESTEVES, A.; ROXO, J.; SARAIVA, M. C. The lived experience of people with progressive advanced cancer. **British Journal of Nursing (Oncology Supplement)**, v. 24, n. 10, 2015.

FALK, M. L. R. et al., Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev. APS**. Juiz, de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2010.

FIORI, N. S. et al. Smoking prevalence and associated factors among tobacco farmers in southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.7, 2016.

FLECK, M.P. et al.,. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, p. 21-8, 1999.

FLEISCHER, S. FRANCH, M. Uma dor que não passa: Aportes teórico-metodológicos de uma Antropologia das doenças. **Revista de Ciências Sociais**, n. 42, p. 13 – 28, 2015.

FREITAS, A. A. S.; CABRAL, I. E. O cuidado à pessoa com neoplasia: análise de um folheto educativo. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n.1, p.84-89, mar, 2008.

FONSECA, R. T. M. Saúde mental para e pelo trabalho. **Cadernos da Escola de Direito**, n. 1, v. 2, 2017.

FONTES, C. A. S; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapia antineoplásica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 77-783, 2008.

GALVAN, D. C. et al., Percepção dos pacientes acometidos pela leucemia frente à internação hospitalar. **Rev Enferm**, UFSM, v. 3, p. 647-657, 2013.

GIATTI, L. BARRETO, S. M. SAÚDE, TRABALHO E ENVELHECIMENTO. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, v. 3, p. 759-771, 2003.

GIORGI, A. Concerning the Phenomenological Methods of Husserl and Heidegger. **Collection du Cirp**, v. 1, p. 63-78, 2007.

GIORGI, A. P. GIORGI, B. M. **The descriptive phenomenological psychological method**. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2003, p. 315.

GOMEZ, P. F.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; MOREIRA, R. S. L. Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 5, p.925-30, set-out, 2011.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 31-37, 2013.

HARDY, E. JIMÉNEZ, A. L. Masculinidad e género. In: BRICEÑO-LEÓN, R. MINAYO, M. C. S. COIMBRA, C. E. A. (Cord.) **Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000. p. 349-360.

HESSE-BIBER, S. LEAVY, P. **The Practice of Qualitative Research**. v. 9, Canada: SAGE Publications, 2008.

HUSSERL, E. **A filosofia como ciência do rigor**. 2. ed. Coimbra: Atlântida, 1965.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. (INCA). Ministério da Saúde. **Estimativa de Câncer no Brasil 2018**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/casos-taxas-brasil.asp>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. (INCA). Ministério da Saúde. **Câncer de cabeça e pescoço e o uso de tabaco e álcool**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismoeetilismo>. Acesso em: 14 set. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva** - Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

KENKEL, D.S.; SINDELAR, J. **Economics of health behaviours and addictions: contemporary issues and policy implications**. In: GLIED, S, SMITH P, (Ed). *The Oxford Handbook of Health Economics*. Nova York: Oxford University Press; 2011. p. 206-231.

LAGEMANN, B. ABRANTES, M. G. BAIENSE, S. N. Problematizando o modelo de assistência biopsicossocial em saúde: um relato de experiência. **Rev Interdisc Pens Cient.** Rio de Janeiro, n. 1, v. 4, 2018.

LANGDON, E. J. WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 174 – 183, 2010.

LARANJEIRA, G. et al., **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012.** São Paulo: INPAD; 2013.
Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LLENAD_PressRelease_Alcohol_RVW.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

LEAVY, P. **Method meets art: Arts-based research practice.** New York: Guilford Press, 2009.

LIAMPUTTONG, P. **Qualitative research methods.** London: Oxford University Press, 2013.

LIMA, A. A. S. Alcoolismo, cigarro e saúde bucal. **Rede câncer.** Rio de Janeiro, v. 4, p. 12-13, 2015.

MARCO, M. A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2006.

MEDICINA TROPICAL DE SAÚDE. Conceito de Saúde segundo OMS/WHO. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop,** Uberaba, v.48, n.4, p. 116-125, 2015.

MOUSTAKAS, C. **Phenomenological Research Methods.** California: SAGE Publications, 1994.

NAKAZAWA, M. MOJI, K. What is needed to realize universal “health” coverage? The meaning of health revisited. **J Glob Health Rep,** v. 2, 2018.

OLIVEIRA, A. C. Corpo feminino, ciclos biológicos e representação. **Caderno de Textos.** GT produção de sentido nas mídias. Rio de Janeiro, 2002.

PADGETT, D. K. **Qualitative methods in social work research**. California: SAGE Publications, 2008.

PATTON, M. Q. **Qualitative research & evaluation methods**. California: SAGE Publications, 2002.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.2 41-50, abr./jun. 2012.

PIMENTA, S. B. B. CALDAS, R. S.. Estudo introdutório sobre desenvolvimento da percepção infantil em Vygotsky. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 179-187, jul - dez, 2014.

QUIVY, R.; CHAMPENHOUDT, V. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa, Gravita, 2008.

REGIS, M. F. S.; SIMÕES, S. M. F. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n.1, p.81-86, 2005.

REZENDE, J. M. Afecção, doença, enfermidade, moléstia. **Rev Patol Trop.**, v.43, n. 3, p. 385-388, 2014.

RIBEIRO, K. G. ANDRADE, L. O. M. AGUIAR, J. B. et al. Education and health in a region under social vulnerability situation: breakthroughs and challenges for public policies. **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 1, 2017.

SABINO, L. M. M. et al., Uso de tecnologias nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, v. 16, n. 2, p. 230 – 239, 2016.

SALIK, A. G.O paciente oncológico e suas relações de encontro. **Rev. SBPH**, v.16 n.2, Rio de Janeiro, jul./dez., 2013.

SANTOS, D.S. et al.,. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 23 set. 2016.

SANTOS, R. A.; PORTUGAL, F.B.; FELIX, J. D.; SANTOS, P. M. O.; SIQUEIRA, M. M. Avaliação Epidemiológica de Pacientes com Câncer no Trato Aerodigestivo Superior: Relevância dos Fatores de Risco Álcool e Tabaco. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v.58, n. 1, p. 21-29, 2012.

SCHRAIBER, L. B. GOMES, R. COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEIDL, E.M.F. ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.580-588, mar/abr, 2004.

SIQUEIRA, R. R. Mulher, uma construção social: representações, estereótipos e imagens. **Revista Ambivalências**, v. 2, n. 3, p. 06 – 41, 2014.

SCHÜTZ, A. **Fenomenologia del mundo social**: introduccion a la sociologia comprensiva. Buenos Aires: Paidós, 1972.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO. (SBCCP). **Álcool e cigarro multiplicam risco do câncer de cabeça e pescoço**. Disponível em: <<http://www.sbccp.org.br/?p=2317>>. Acesso em: 27 set. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, et al. Tabagismo: parte I. **Rev Ass Med Bras**. São Paulo, n. 56, p. 134-7, 2010.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SZKLO, A. S. et al., Perfil de consumo de outros produtos de tabaco fumado entre estudantes de três cidades brasileiras: há motivo de preocupação?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2271-2275, nov, 2011.

TADDEO, P. da S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2913-2930, 2012.

UCHÔA, E. VIDAL, J. M. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

VIANNA, L. A. C. **Processo saúde-doença**: político gestor. São Paulo: UNIFESP, 2010, p. 90.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev Esc Enferm**, Ribeirão Preto, v.41, n. 2, p. 311-6, 2007.

WILLIS, J. **Foundations of qualitative research**: Interpretive and Critical Approaches. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Humanization of health**: a practical guide. Genebra: World Health Organization, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2018/pdfs/pr263_E.pdf>. Acesso em: 16 ago 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER [internet]**. Press Release nº 263. September, 2018 Acesso em: 10 out. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>>.

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 Fax: (35) 3299-1063



ROTEIRO DA ENTREVISTA

PARTE 1

Entrevista realizada na data: ___/___/_____.

Horário: ___ h ___ min.

Número da entrevista: _____.

1. Sexo: () M () F

2. Data de nascimento: ___/___/_____.

3. Estado civil: () solteiro(a); () casado(a); () divorciado(a); () viúvo(a)

3. Quantas pessoas moram na sua casa? _____.

4. Sua renda familiar mensal é:

() até R\$937,00; () de R\$937,00 a R\$2.811,00; () de R\$2.811,00 a R\$4.685,00;

() de R\$4.685,00 a R\$14.055,00; () > R\$14.055,00.

5. Ocupação: _____

6. Nível de escolaridade?

() nenhum () fundamental incompleto () fundamental completo () médio incompleto

() médio completo () superior incompleto () superior completo.

7. Religião: _____

8. A doença surgiu há quanto tempo?

9. Quando você começou a fumar e/ou consumir bebidas alcoólicas?

10. Há quanto tempo faz tratamento?

11. Alguém na sua família bebe ou fuma?

12. Na sua família, alguém já teve câncer?



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 Alfenas/MG . CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 Fax: (35) 3299-1063



PARTE 2

1. Para você, o que é saúde e o que é doença?
2. Você acha que beber ou fumar tem relação com seu estado de saúde? Em sua opinião, por que o câncer aparece?
3. Algum profissional de saúde já conversou com você sobre o câncer ou sobre o álcool e cigarro? Que profissional foi esse? E o que ele falou?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Alfenas/MG - CEP 37130-000
 Fone: (35) 3299-1000 Fax: (35) 3299-1063



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa PERCEPÇÃO DE PESSOAS COM NEOPLASIA ETILISTAS E TABAGISTAS SOBRE SAÚDE DOENÇA.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com nenhuma outra instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal para qualquer esclarecimento futuro sobre a sua participação no estudo.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior

ENDEREÇO: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Alfenas-MG

TELEFONE: 37019532

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Haze Maria Carolina Risolia e Mendonça, Eliza Maria Rezende Dázio e Sinézio Inácio da Silva Júnior.

OBJETIVO: Analisar a percepção de pessoas com neoplasias sobre a relação entre tabagismo e etilismo com a saúde e doença.

JUSTIFICATIVA: melhorar o apoio às pessoas que tenham ou tiveram câncer e sejam fumantes ou que façam o uso de bebidas alcoólicas, para que aumente a adesão aos

tratamentos e sua interação social. Espera-se alcançar esses objetivos, aumentando o conhecimento sobre como as pessoas encaram a saúde e a doença e que relação a saúde e a doença podem ter com a bebida e o cigarro na opinião das pessoas.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Você não terá nenhum custo para participar da pesquisa e nem receberá qualquer vantagem financeira.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: após você concordar em participar, você assinará este termo de concordância de livre e espontânea vontade. A partir de um questionário, a pesquisadora fará algumas perguntas para você e as respostas serão gravadas (apenas a voz). Em qualquer momento da entrevista você pode decidir parar e não continuar a entrevista.

RISCOS E DESCONFORTOS: A metodologia adotada neste estudo não oferece risco a sua dignidade, nem dano físico ou psicológico, nem traz complicações legais para você. Se você sentir algum desconforto ou contrariedade e queira parar a entrevista, continuar em outro dia ou não continuar mais, você pode fazer isso, sem problema nenhum.

BENEFÍCIOS: Este estudo vai produzir informação que poderá ajudar a entender melhor as pessoas que estão na sua situação ou já passaram por ela e ajudará, também, a poder aperfeiçoar a assistência a pessoas na mesma situação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: A gravação da sua entrevista será ouvida apenas pela aluna pesquisadora e pelos professores pesquisadores. Isso será feito para passar por escrito o que estiver gravado e ser estudado. Mas, seu nome, endereço e telefone vão ser mantidos em segredo e no registro escrito da sua entrevista não vai aparecer seu nome, nem endereço, apenas um código.

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelo (a) pesquisador (a): _____, sobre os

procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo para mim.

Declaro que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP - 37130-000, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL: _____ DATA: ____/____/____

(Nome por extenso)

(Assinatura)

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO VIDA VIVA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 - Alfenas/MG - CEP 37130-900
 Fone: (35) 3299-1000 - Fax: (35) 3299-1963 - autor@unifal-mg.edu.br



Alfenas, 07 de agosto de 2017.

A Sua Senhoria
 O Senhor Wilson da Silveira Oliveira,
 Presidente da Associação dos Voluntários Vida Viva.

Prezado Senhor,


Solicitamos a V.Sa. autorização para realização de uma pesquisa intitulada **"Percepção de pacientes oncológicos etilistas e tabagistas sobre câncer"**, de autoria da mestranda **Haze Maria Carolina Risolia e Mendonça**, sob a orientação do Prof. Dr Sinézio Inácio da Silva Júnior da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNIFAL-MG, tendo como co-orientadora a Profª. Dra Eliza Maria Rezende Dázio da Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG.

A pesquisa será realizada a partir de pacientes oncológicos beneficiários da "Associação dos Voluntários Vida Viva", cujo contato será feito a partir do cadastro de beneficiários dessa instituição e de pacientes oncológicos beneficiários da "Casa do Café" dessa mesma instituição. Asseguramos que serão adotadas medidas para minimizar qualquer risco de desconforto físico ou psicológico dos participantes, bem como será respeitada a privacidade dos mesmos.

Encontra-se em anexo o projeto na íntegra. A partir da concordância de V.Sa. o projeto será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG (CEP-UNIFAL-MG), a partir de protocolo na Plataforma Brasil. Só após a aprovação final pelo CEP-Unifal-MG o projeto terá início. Sendo que a aprovação junto ao referido comitê e respectivo número de protocolo será previamente comunicado à V.Sa. antes do início da pesquisa.

Os resultados da pesquisa, bem como os produtos daí derivados (pôsteres, artigos acadêmicos, etc) serão também encaminhados à "Associação dos Voluntários Vida Viva" de Alfenas. Desde já nos colocamos à disposição para quaisquer questionamentos e agradecemos.

Atenciosamente,


 Prof. Dr Sinézio Inácio da Silva Júnior
 Professor orientador
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIFAL-MG

Autorizo a pesquisa conforme solicitação

 Vício de Assinatura
 28/08/17

ANEXO B - COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ETILISTAS E TABAGISTAS SOBRE CÂNCER

Pesquisador: SINÉZIO INÁCIO DA SILVA JÚNIOR

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 77385517.8.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.398.193

Apresentação do Projeto:

Terceira versão de Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG. Financiamento próprio. Não foram identificados conflitos de interesse.

*Adequação às alterações solicitadas pelo colegiado: todas foram providenciadas.

Objetivo da Pesquisa:

- a. claro e bem definido;
- b. coerente com a propositura geral do projeto;
- c. exequível (considerando tempo, recursos, método).

Identificar e analisar a percepção e informação de pacientes oncológicos sobre a relação entre tabagismo e etilismo com saúde e doença.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- a. os "desconfortos" de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários e estão bem descritos no projeto;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os "desconfortos" possíveis;
- c. o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva para os possíveis

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-1318

Fax: (35)3299-1318

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.398.193

"desconfortos" descritos.

"Os dados serão coletados com os entrevistados sentados em ambiente confortável e de modo a dar privacidade e discrição no momento das respostas, visando minimizar qualquer desconforto físico ou psicológico. As pessoas serão entrevistadas isoladamente de outros, a não ser que permitam e desejem a presença de acompanhante, de modo que apenas o pesquisador e o entrevistado possam visualizar as respostas anotadas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto, atualizada;
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- *c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto na ocasião da primeira submissão. Precisar de ajuste para a terceira versão com readequação do período de coleta de dados inicialmente previsto para Novembro de 2017.

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e transversal que será realizado com pacientes oncológicos no município de Alfenas-MG. Os incluídos serão aproximadamente 12 sujeitos que foram/são etilistas e/ou tabagistas de ambos os sexos, maiores de 18 anos e em condições físicas e psicológicas que lhes garantam autonomia para a participação nas entrevistas. Primeiramente será realizada uma consulta aos prontuários pertencentes à ONG VIDA VIVA, com o intuito de ser confeccionada uma lista de possíveis participantes. "Motivo pelo qual reitera-se a importância de providenciar o TCUD". Em seguida, será realizado por contato telefônico o convite para participar da pesquisa, sendo que neste momento inicial o participante será informado que os seus dados serão mantidos sob sigilo e que a participação é voluntária, e que a recusa não lhe acarretará nenhum prejuízo. Além disso, serão expostos os objetivos do estudo e explicitado a forma de coleta dos dados, que neste caso será por meio de uma entrevista presencial com gravação de áudio. Manifestado o interesse, será agendada uma entrevista para a coleta de dados, que acontecerá em local, data e horário adequado para que a entrevista seja eficiente e não necessite de mais encontros para sanar dúvidas do pesquisador. Caso o número de entrevistas a partir do cadastro citado não seja suficiente, outros sujeitos serão abordados na Casa do Café da ONG VIDA VIVA, de modo a completar a amostra da pesquisa. Em relação a esses sujeitos os procedimentos serão os mesmos anteriormente mencionados, exceto pelo fato de que o primeiro contato não será telefônico, mas presencial. A coleta de dados será feita por meio de entrevista guiada por

Continuação do Parecer: 2.398.193

questionário semiestruturado, com perguntas norteadoras. Para a análise será utilizada a análise de conteúdo de Bardin.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado.
- b. Termo de Assentimento (TA) – Não se aplica.
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – Não se aplica.
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – ainda ausente (permanece a pendência).
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado (termo anexado conforme solicitação do CEP).
- f. Folha de rosto - presente e adequado.
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado.
- h. Outro (especificar) – Não se aplica.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1002429.pdf	31/10/2017 17:09:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ATUAL_CRONOG.doc	31/10/2017 16:59:16	SINEZIO INACIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_ATUALIZADO.doc	31/10/2017 16:59:00	SINEZIO INACIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUDP_Vida_Viva.pdf	31/10/2017 16:54:40	SINEZIO INACIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP_2.pdf	31/10/2017 16:53:29	SINEZIO INACIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito

Continuação do Parecer: 2.398.193

Outros	autorizacaovidaviva.pdf	29/09/2017 08:08:08	SINEZIO INACIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
Outros	cartacep.pdf	29/09/2017 08:03:26	SINEZIO INACIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	22/09/2017 15:45:32	SINEZIO INACIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	22/09/2017 15:37:39	SINEZIO INACIO DA SILVA JÚNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 24 de Novembro de 2017

Assinado por:
Marcela Filié Haddad
(Coordenador)