



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

DÉBORA MARIA MARQUES BEZERRA

**O DISCURSO DE RESISTÊNCIA DO PACIENTE ONCOLÓGICO AO
TRATAMENTO CIRÚRGICO**

MOSSORÓ

2020

DÉBORA MARIA MARQUES BEZERRA

**O DISCURSO DE RESISTÊNCIA DO PACIENTE ONCOLÓGICO AO
TRATAMENTO CIRÚRGICO**

Monografia apresentada a Universidade
Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)
como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Lázaro Fabrício de
França Souza

MOSSORÓ

2020

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

B574d Bezerra, Débora Maria Marques.
O discurso de resistência do paciente
oncológico ao tratamento cirúrgico / Débora Maria
Marques Bezerra. - 2020.
53 f. : il.

Orientador: Lázaro Fabrício de França Souza.
Monografia (graduação) - Universidade Federal
Rural do Semi-árido, Curso de Medicina, 2020.

1. Câncer. 2. Cirurgia oncológica. 3. Estigma
social. 4. Saúde pública. I. Souza, Lázaro
Fabrício de França, orient. II. Título.

DÉBORA MARIA MARQUES BEZERRA

**O DISCURSO DE RESISTÊNCIA DO PACIENTE ONCOLÓGICO AO
TRATAMENTO CIRÚRGICO**

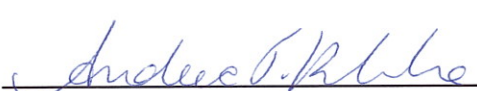
Monografia apresentada a Universidade
Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA)
como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Aprovado em: 06 / 02 / 2020.

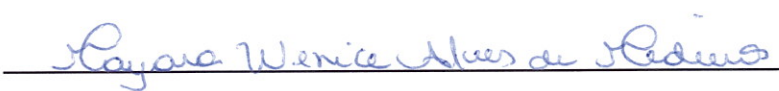
BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Lázaro Fabrício de França Souza - UFERSA
Presidente



Profa. Ma. Andrea Taborda Ribas da Cunha - UFERSA
Membro



Ma. Mayara Wenice Alves de Medeiros - UFERSA
Membro

Dedico essa pesquisa a todos os pacientes com câncer que todos os dias superam adversidades e enfrentam suas doenças repletos de perseverança. Para eles que me ensinaram que, mais do que curar doenças, a medicina é feita de acolhimento, carinho e atenção. Neles, encontrei valores que os livros não ensinam.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à Deus, pois acredito que a fé ainda é o que move a força de vontade e a esperança, e que os caminhos que trilhar são guiados por Ele.

Agradeço aos meus pais, Arlindo e Dalvanir, que em todos os momentos de minha vida fizeram-se presentes, acreditaram no meu potencial e nunca mediram esforços para que eu tivesse o suporte necessário para seguir os caminhos que escolhi.

Aos meus irmãos Lucas, Daniela, João Abner e João Victor pela paciência, motivação e apoio durante toda a minha trajetória.

Ao meu orientador Lázaro Fabrício, por me possibilitar desenvolver meu senso crítico e por me incentivar na descoberta das minhas potencialidades.

Aos professores Geison Freire, Cláudia Leite e Thiago Demétrio pela prontidão e apoio no desenvolvimento desse trabalho.

Aos profissionais da Liga Mossoroense de Combate ao Câncer, em especial à Karla Figueirôa, pela paciência, apoio e dedicação ao trabalho.

Aos meus amigos, que sempre me incentivaram a alcançar meus objetivos. Em especial, à Luzia Carla que foi meu auxílio durante toda a pesquisa, mostrando sempre disponibilidade e determinação.

À professora Andrea Taborda, convidada e membro da minha banca de defesa, a quem devo uma indescritível admiração tanto na área profissional como pessoal.

Enfim, à todas as outras pessoas que direta ou indiretamente me apoiaram para eu chegasse até aqui.

A todos meu muito obrigada.

RESUMO

O câncer é um conjunto de doenças resultantes do crescimento desordenado de células, influenciada por fatores externos e internos. A doença apresenta um estigma comumente associado à vulnerabilidade, dor e morte. Dentre os tratamentos existentes, a cirurgia é o tratamento oncológico mais antigo e continua mostrando eficácia. Com os avanços da medicina, as cirurgias adquiriram um caráter menos invasivo, debilitante e mutilante. Apesar disso, o receio de procedimentos que afetem a imagem corporal ou prejudiquem a rotina ainda são predominantes, causando, em alguns casos, a recusa do tratamento cirúrgico. A pesquisa objetivou analisar os motivos que causam a recusa da cirurgia oncológica por pacientes oncológicos. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas, junto aos pacientes oncológicos da Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC), em Mossoró/RN, que tiveram indicação cirúrgica mas se recusaram a fazê-la. A delimitação da amostra foi realizada através da ferramenta de saturação de amostragem e a análise dos dados seguiu a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A partir dos dados coletados é possível perceber que a percepção da doença, a opinião dos familiares, as alterações corporais e o suporte religioso são fatores determinantes no processo de escolha e adesão ao tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Câncer. Cirurgia oncológica. Estigma social. Saúde pública.

ABSTRACT

Cancer is a set of diseases resulting from disordered cells growth, influenced by external and internal factors. The disease has a stigma commonly associated with vulnerability, pain and death. Among existing treatments, surgery is the oldest cancer treatment and continues to show effectiveness. With medical advances, surgery has become less invasive, debilitating and mutilating. Nevertheless, the fear of procedures that affect body image or disrupt the routine are still prevalent, causing, in some cases, the refusal of surgical treatment. The research aimed to analyze the reasons that cause cancer surgery refusal by cancer patients. This is a study with a qualitative approach, conducted through semi-structured interviews with cancer patients of the Mossoroense League for Studies and Fighting Cancer (LMECC), in Mossoró/RN, who had surgical indication but refused to do it. Sample delimitation was performed using the sampling saturation tool and data analysis followed the Bardin Content Analysis technique. From the collected data it is possible to realize that the perception of the disease, the opinion of the family members, body changes and religious support are determining factors in the process of choosing and adhering to surgical treatment.

Keywords: Cancer. Cancer surgery. Social stigma. Public health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados para identificação dos pacientes	26
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
LMECC	Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer
MSC	Modelo do Senso Comum
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERN	Universidade Estadual do Rio Grande do Norte
UFERSA	Universidade Federal Rural do Semi-Árido
UICC	International Union Against Cancer (União Internacional Contra o Câncer)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Contextualização.....	10
1.2. Hipótese	13
1.3. Objetivos.....	13
1.3.1. Objetivo Geral	13
1.3.2. Objetivos Específicos.....	13
2. CÂNCER	15
2.1. O que é e como surge um câncer	15
2.2. Cirurgia Oncológica.....	16
2.3. Impacto emocional do câncer	18
2.4. Mecanismos de enfrentamento da doença	20
3. O PAPEL SOCIAL DO CORPO.....	22
3.1. O significado social do corpo	22
3.2. A evolução social do corpo e sua relação com a medicina	23
4. METODOLOGIA	24
4.1. Tipo da pesquisa.....	24
4.2. Local da pesquisa	24
4.3. Sujeitos da pesquisa	25
4.4. Instrumentos de coleta de dados	26
4.5. Procedimentos de Coleta dos dados	27
4.6. Análise dos dados	27
4.7. Aspectos éticos.....	28
4.8. Financiamento.....	29
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS	30
5.1. Perfil dos pacientes entrevistados	30

5.2. Percepção da doença	31
5.3. Impacto familiar.....	34
5.4. Alterações corporais e autoimagem	36
5.5. Impacto da religião na tomada de decisões	39
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	47
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	49
ANEXO	50

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização

O câncer é um conjunto de doenças que resultam do crescimento desordenado de células, podendo ser causado por fatores externos, como fatores ambientais ou comportamentais, e fatores internos, como uma predisposição genética. O curso da doença é bastante variável, pois o câncer pode se estabilizar com o tratamento ou ser progressivo. A palavra câncer é originária do latim *cancrī*, que significa caranguejo. Essa relação acontece devido ao modo de infiltração do câncer em tecidos saudáveis ser semelhante às pernas do crustáceo e à agressividade do caranguejo, que se apodera de suas presas até a morte. Esta analogia ilustra o peso sociocultural que o câncer apresenta e as crenças a ele relacionadas (FARINHAS, WENDLING e DELLAZZANA-ZANON, 2013).

O estigma do câncer está associado, mormente, com a dor, o medo da morte, a preocupação com a autoimagem e a perda do atrativo sexual ou da capacidade reprodutiva (FARINHAS, WENDLING e DELLAZZANA-ZANON, 2013). Os pacientes oncológicos podem apresentar sentimentos conflitantes como angústia, medo, estresse emocional e ansiedade, causados pelo medo dos procedimentos terapêuticos e, principalmente, pelas consequências que o tratamento pode ter em sua imagem e rotina (SANTOS, PICCOLI e CARVALHO, 2007). Por isso, é fundamental entender o impacto que o diagnóstico e o tratamento do câncer terá no indivíduo, respeitando seus medos e sua vulnerabilidade.

Atualmente, o câncer é responsável por mais de 12% das causas de óbitos mundiais. Mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente da doença. Em decorrência do aumento da expectativa de vida mundial e o consequente envelhecimento populacional, a International Union Against Cancer (UICC) estimou, em 2005, que a incidência de câncer também aumentaria, atingindo mais de 15 milhões de pessoas em 2020. A explicação para esse crescimento está associada às mudanças nos padrões de vida, condições de trabalho, nutrição e consumo (BRASIL, 2006).

No Brasil, a incidência do câncer segue o padrão mundial e também se apresenta em constante crescimento. Os cânceres mais incidentes, à exceção do

câncer de pele não-melanoma, são os de próstata, pulmão e estômago, no sexo masculino; mama, colo de útero e intestino no sexo feminino. Quanto à mortalidade, os cânceres de pulmão, próstata e estômago foram as principais causas de morte por câncer em homens, enquanto mama, pulmão e intestino foram as principais causas na mortalidade feminina (BRASIL, 2006).

Sendo assim, a detecção precoce adquire extrema importância, pois, quanto mais cedo diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, sobrevida e qualidade de vida do paciente, além de manter uma relação efetividade/custo mais favorável. O tratamento é um dos componentes do programa nacional de controle do câncer, incluindo diversas modalidades de tratamento, como a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia (BRASIL, 2006).

A cirurgia é o tratamento oncológico mais antigo e continua apresentando elevada eficácia. Ao longo dos anos, a conduta cirúrgica em pacientes oncológicos evoluiu, acompanhando o desenvolvimento tecnológico, que não só permitiu compreender melhor a doença, como também mudou a concepção das cirurgias oncológicas, que passaram de procedimentos muitas vezes mutilantes para técnicas que contemplam a manutenção da função e, até mesmo, da estética (LOPES e KARIMAI, 2015).

O tratamento cirúrgico é visto como agressivo e mutilante, e dificulta a relação do paciente com sua situação de saúde, pois, devido às alterações corporais e ao preconceito e estigma relacionado ao câncer, ocorre o afastamento de pessoas e situações de constrangimento. O corpo, para além de sua composição física, é uma construção social e cultural, adquirindo significados e significantes específicos em cada cultura, o que revela a interação do indivíduo com o ambiente e, mais especificamente, com a comunidade. O corpo é essencial para o sentimento de pertencimento e a formação da identidade do homem. O conhecimento médico pode interferir no corpo e, conseqüentemente, na identidade e na relação social do indivíduo, mesmo quando a mudança do corpo se dá em busca de eficácia médica (GOMES e SILVA, 2016).

A modernidade alterou a maneira como o corpo é utilizado, significado, desenvolvendo a necessidade e a importância de demonstrar juventude e saúde eternas. Essa forma de construção do corpo influenciou a busca por seu controle, por meio de exercícios ou procedimentos médicos, intensificando a procura pela perfeição corporal. O ser humano pode apresentar uma necessidade de manter a perfeição

corporal em todos os momentos, evitando que as imperfeições ou as doenças acometidas não sejam externalizadas e que o seu corpo possa influenciar negativamente o ambiente (BARBOSA, MATOS e COSTA, 2011).

Assim, o diagnóstico de câncer ressalta a vulnerabilidade do ser humano e, quando somado com os traumas gerados pelo tratamento, pode produzir graves impactos emocionais, como depressão, solidão e retraimento. Para o paciente oncológico com indicação cirúrgica, o procedimento pode representar um conflito por ser visto como uma ameaça à vida e pelas consequências que a cirurgia pode ter em sua imagem e rotina (SANTOS, PICCOLI e CARVALHO, 2007).

A ameaça representada pela cirurgia, portanto, pode causar diversas reações emocionais, independentemente do nível da interferência médica e da possibilidade de eficácia do tratamento (GOMES, 2011). Apesar do progresso da cirurgia oncológica, o receio de procedimentos que afetem a imagem corporal ou prejudiquem a rotina diária são predominantes em pacientes oncológicos, causando, em alguns casos, a recusa do tratamento cirúrgico (SANTOS, PICCOLI e CARVALHO, 2007).

Nesse direcionamento, esse estudo aborda os motivos que guiam a recusa da cirurgia oncológica, pois, a ausência de um procedimento com potencial eficácia influencia diretamente na qualidade de vida do paciente oncológico, mesmo que este receba tratamentos não-cirúrgicos. Esclarecendo as motivações de recusa, o discurso do cirurgião oncológico pode ser moldado para abranger os medos e receios do paciente, evitando a recusa de um tratamento potencialmente eficiente, mudando o prognóstico e a evolução do paciente e da doença.

Para a realização dessa análise, o presente trabalho está estruturado em cinco capítulos principais. O capítulo dois discorre sobre a principal área de estudo do trabalho: a oncologia. Para isso, o capítulo inicia-se conceituando e explicando o surgimento do câncer, para, em seguida, abordar a cirurgia oncológica e os impactos emocionais que a doença pode apresentar na vida do doente. Por fim, ainda no capítulo dois, apresenta-se os principais mecanismos de enfrentamento utilizados pelos pacientes oncológicos.

No terceiro capítulo, trata-se sobre o segundo campo de estudos que fundamenta teoricamente a pesquisa: o papel social do corpo. Inicia-se com a definição do significado social do corpo e a evolução desse significado ao longo dos anos. Em seguida, aborda-se a relação do corpo social com a medicina e os impactos que essa relação pode causar.

O delineamento metodológico utilizado no estudo está descrito de forma detalhada no capítulo quatro. Nele constam o local em que a pesquisa foi realizada, a caracterização dos sujeitos da pesquisa, os instrumentos utilizados e os procedimentos realizados para coleta e análise dos dados. No quinto capítulo apresentam-se os resultados da investigação, detalhando o perfil dos pacientes entrevistados e os motivos de recusa do tratamento oncológico cirúrgico.

Finalmente, no capítulo seis, uma síntese dos principais resultados é apresentada destacando os aspectos mais relevantes da presente pesquisa, as principais contribuições oferecidas, suas limitações e as sugestões de pesquisas futuras que possam dar andamento aos resultados obtidos por este estudo.

1.2. Hipótese

Devido à persistente crença na cirurgia oncológica como mutiladora e incapacitante, o principal motivo para a recusa do tratamento cirúrgico é o medo das alterações corporais que podem ser causadas pela cirurgia, impactando diretamente na autoimagem. E este seria agravado pela carência de informação do paciente a respeito do funcionamento e das consequências de seu tratamento.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo Geral

Analisar os discursos dos pacientes oncológicos a partir dos motivos que dificultam a aceitação ou levam à recusa de cirurgias oncológicas.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o grupo de pacientes oncológicos que recusaram tratamento cirúrgico;

- Descrever as indicações para cirurgia recebidas pelo grupo de pacientes elencado;
- Identificar, no discurso dos pacientes oncológicos, elementos referentes à recusa cirúrgica;

2. CÂNCER

2.1. O que é e como surge um câncer

O câncer é um conjunto de doenças causadas por uma série de alterações do DNA que levam à proliferação excessiva de células. A maioria dessas alterações envolvem modificações na sequência do DNA, que podem ser consequências de erros aleatórios na replicação, exposição a carcinógenos, como a radiação, ou defeitos nos processos de reparo do DNA. A maioria dos cânceres são esporádicos, entretanto algumas famílias podem apresentar mutações de um gene maligno na linhagem germinativa, aumentando a ocorrência da doença (MARQUES, BARRETO, *et al.*, 2015).

Antes da invenção do microscópio, acreditava-se que o câncer era formado por um agregado de muco ou de outros materiais acelulares. Somente no século XIX, descobriu-se que os tumores são massas de células originadas de células normais. No entanto, a base molecular que justificasse a proliferação descontrolada das células tumorais permanecia desconhecida, gerando várias teorias para a origem do câncer. O bioquímico Otto Warburg, propôs que o câncer surgia devido a um metabolismo anormal do oxigênio, enquanto outros acreditavam que o câncer era causado por vírus ou que era uma doença contagiosa (LONGO, 2015).

Quase todos os cânceres se originam de uma única célula, característica que diferencia a neoplasia (proliferação anormal de células) de uma hiperplasia (aumento do número de células normais). A mudança que ocorre do fenótipo normal para o maligno depende de um acúmulo de várias mutações. “Com base nas observações de que a frequência do câncer aumenta durante o envelhecimento, juntamente com trabalhos recentes de genética molecular, acredita-se que sejam necessárias 5 a 10 mutações cumulativas para que uma célula evolua do fenótipo normal para o totalmente maligno” (LONGO, 2015).

Existem dois tipos principais de genes no câncer, o primeiro tipo corresponde aos genes que estimulam o desenvolvimento do tumor e são chamados de oncogenes. O segundo tipo corresponde aos genes que influenciam negativamente o crescimento tumoral e são chamados de genes supressores de tumor. Estes dois tipos

atuam, de maneiras diferentes, no controle da divisão celular e/ou da morte celular. As mutações ocorrentes no DNA podem ativar oncogenes ou desativar genes supressores de tumor, desencadeando a formação do câncer (MARQUES, BARRETO, *et al.*, 2015).

2.2. Cirurgia Oncológica

O objetivo principal do tratamento do câncer é erradicá-lo. Caso esse objetivo não possa ser alcançado, as metas passam a ser paliativas, com foco na melhora dos sintomas e na preservação da qualidade de vida. O tratamento oncológico divide-se em quatro tipos principais: a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, com terapia hormonal e molecular, e a terapia biológica, que inclui a imunoterapia e a terapia gênica. Geralmente, as modalidades são combinadas e cada tipo de tratamento pode atuar por diferentes mecanismos, por exemplo, a cirurgia pode atuar no tratamento local do tumor, enquanto a quimioterapia tem o impacto sistêmico erradicando possíveis metástases (LONGO, 2015).

“A cirurgia é a terapia de câncer mais antiga e continua sendo uma das mais eficazes. Sua evolução aconteceu por milhares de anos.” (HOFF, 2013). Na época de Hipócrates (460 – 375 a.C.), os sintomas relacionados ao câncer foram detalhados e acreditava-se que o tratamento cirúrgico não preservaria a qualidade de vida do paciente. Galeno (129-217 d.C.) não acreditava que o câncer poderia ser tratado por intervenção cirúrgica, pois a doença foi conceituada como uma condição sistêmica causada por um excesso de bile negra. Essa definição perpetuou-se até cirurgias medievais reconhecerem a possibilidade de tratar o câncer por meio de cirurgias extensas. A cirurgia era limitada em suas aplicações devido ao desconforto experimentado durante os procedimentos e a morbidade e mortalidade associadas a infecções pós-operatórias (LONGO, 2015).

Com a aplicação da anestesia inalatória e a introdução das técnicas de assepsia, as cirurgias oncológicas aumentaram sua amplitude e extensão. As cirurgias para tratar neoplasias malignas eram cada vez mais radicais e, apesar de apresentarem resultados oncológicos satisfatórios, frequentemente resultavam em deformidades e incapacitavam os pacientes. O desenvolvimento de tratamentos não-

cirúrgicos, como radioterapia e quimioterapia, mudou a evolução das terapias oncológicas, buscando melhorar a segurança, a eficácia, a preservação da função e a qualidade de vida (HOFF, 2013).

Os avanços mais recentes em oncologia cirúrgica podem ser classificados em duas grandes categorias: (1) aumentar a extensão e a complexidade das cirurgias de câncer; (2) minimizar a extensão das operações, sem comprometer o desfecho clínico. Os avanços em todas as modalidades de tratamento oncológico permitiram que os procedimentos cirúrgicos sejam menos invasivos, debilitantes e mutilantes (HOFF, 2013).

O cirurgião oncológico, atualmente, é fundamental para o tratamento de muitas neoplasias e, além do conhecimento sobre os procedimentos cirúrgicos, o cirurgião deve compreender o comportamento biológico do câncer, as outras modalidades de tratamento e os resultados esperados do tratamento cirúrgico (MARQUES, BARRETO, *et al.*, 2015).

A cirurgia oncológica também tem um papel de prevenção do câncer, aconselhamento genético, reabilitação e cuidados de acompanhamento do paciente oncológico (LONGO, 2015). O cirurgião deve avaliar os riscos e benefícios da terapia cirúrgica para cada paciente, considerando o potencial de morbidade e mortalidade do procedimento. Em alguns casos, a cirurgia poderá diminuir a chance de sobrevida do paciente, por isso, não deve ser realizada. Em outros momentos, a condição do paciente permite a cirurgia, mas com alterações do padrão de atendimento. Portanto, o procedimento cirúrgico deve ser adaptado para cada paciente (MARQUES, BARRETO, *et al.*, 2015).

A terapia neoadjuvante é caracterizada pela quimioterapia ou radioterapia aplicada antes da cirurgia e pode facilitar as cirurgias por minimizar a extensão do procedimento ao reduzir o estágio do tumor, melhorando o controle local, preservando nervos, vasos sanguíneos e órgãos adjacentes, além de favorecer a sobrevida do paciente (HOFF, 2013).

O tratamento com quimioterapia antes do procedimento cirúrgico deve ser avaliado em cada paciente, pois a quimioterapia mantém a integridade dos vasos sanguíneos, permitindo a distribuição de fármacos, enquanto o procedimento cirúrgico envolve a ligadura ou a coagulação desses vasos (LONGO, 2015). “As estratégias

neoadjuvantes são frequentemente aplicadas em estados avançados da doença, quando há dúvidas sobre se a cirurgia será capaz ou não de controlar a doença ou influenciar de maneira significativa no desfecho do paciente” (HOFF, 2013).

“A escolha da cirurgia adequada varia com o tipo de câncer individual e a extensão anatômica do tumor.” (HOFF, 2013). Com a evolução dos exames diagnósticos de câncer, as neoplasias são detectadas precocemente, por isso, a maioria dos pacientes apresentam tumores pequenos. Os avanços nos exames de imagem também permitiram que as cirurgias sejam planejadas com o conhecimento detalhado da extensão e localização da neoplasia (MARQUES, BARRETO, *et al.*, 2015).

Os patologistas também apresentaram melhorias na avaliação e são capazes de fornecer uma avaliação intraoperatória das margens. Com os avanços existentes, a cirurgia oncológica pretende obter margens negativas causando mínima morbidade e preservando a função do órgão (LONGO, 2015). “Avanços na técnica cirúrgica, anestesia, cuidados de suporte e cuidados intensivos possibilitam que procedimentos cirúrgicos radicais, extensos e prolongados sejam realizados com mais segurança do que nunca.” (HOFF, 2013).

As cirurgias paliativas não buscam prolongar a vida do paciente, mas podem aliviar a dor e tratar hemorragias, obstruções ou infecções. Esse procedimento é considerado quando as medidas não cirúrgicas já não apresentam eficácia. Os efeitos dos procedimentos paliativos apresentam durabilidade limitada, pois, com a progressão da doença, os pacientes desenvolvem sintomas recorrentes ou novos sintomas (HOFF, 2013).

2.3. Impacto emocional do câncer

O câncer é uma doença socialmente relacionada com morte, dor, sofrimento e degeneração, por isso, causa um grande desequilíbrio emocional, principalmente, por gerar a conscientização da vulnerabilidade do indivíduo (SANTOS, PICCOLI e CARVALHO, 2007). É devido à esse estigma associado ao câncer que a abordagem biopsicossocial do paciente oncológico se torna essencial para o tratamento e

acompanhamento do indivíduo. O modelo biopsicossocial aborda a doença com um resultado da interação de diversos fatores, entre eles, os mecanismos biológicos, interpessoais e ambientais. Sendo assim, o estudo do câncer, e de qualquer outra patologia, deve incluir o indivíduo, o seu corpo e o ambiente no qual se encontra (FAVA e SONINO, 2008).

O diagnóstico do câncer causa uma resposta diferente do diagnóstico de outras doenças por existirem essas crenças relacionando o câncer com tratamentos invasivos e debilitantes. Por isso, o diagnóstico oncológico provoca uma reflexão, no paciente e na família, sobre a finitude da vida, desenvolvendo mitos e fantasias sobre o membro portador da doença ou sobre o tratamento (FARINHAS, WENDLING e DELLAZZANA-ZANON, 2013).

O câncer ressalta a vulnerabilidade do ser humano e pode produzir graves traumas emocionais, como depressão, solidão e retraimento. Para os pacientes oncológicos, a doença é uma situação particular, na qual suas necessidades básicas e sua segurança emocional são comprometidas, seja pelo medo do desconhecido, pela mudança na rotina ou pelas possíveis alterações corporais. Os pacientes oncológicos passam por diversos períodos de vulnerabilidade emocional, iniciados desde a suspeita diagnóstica e que se prolongam, até mesmo, durante o tratamento. Eles podem apresentar sentimentos conflitantes, como angústia, estresse emocional e ansiedade, causados pelo medo dos procedimentos terapêuticos e, principalmente, pelas consequências que a cirurgia pode ter em sua imagem e rotina (SILVA, RUAS, *et al.*, 2013).

No tratamento oncológico cirúrgico, outros fatores, além da própria cirurgia, podem afetar o estado emocional do paciente, como o período prolongado de internação, geralmente necessário nesses casos, o distanciamento dos familiares e os problemas financeiros decorrentes do tratamento. Esse período de internação, seja para procedimentos cirúrgicos ou para tratamentos clínicos, pode provocar raiva, frustração e negação da doença, visto que o paciente se encontra em um ambiente desconhecido. Esses sentimentos, não só influenciam a percepção da dor, como também agravam a reação do paciente a ela, visto que alterações emocionais podem ter impactos fisiológicos, como aumento da frequência cardíaca e respiratória (MOREIRA e CANAVARRO, 2012).

2.4. Mecanismos de enfrentamento da doença

O uso de estratégias de enfrentamento são determinantes no processo de adaptação do indivíduo à uma nova realidade, pois é um processo utilizado para administrar demandas estressantes e as emoções que elas provocam. O enfrentamento pode ser centrado no problema ou na emoção e, muitas vezes, os dois ocorrem simultaneamente. O enfrentamento centrado na emoção busca regular o estado emocional do indivíduo que está submetido aos eventos estressantes, buscando amenizar as sensações físicas desagradáveis desencadeadas pelo estresse. A estratégia de enfrentamento centrada no problema atua na causa do estresse, alterando a relação da pessoa com o problema e o ambiente estressor (COSTA e LEITE, 2009).

A forma de enfrentamento da doença depende da personalidade do paciente, por isso, pacientes mais autoconfiantes, positivos e com bons níveis de autoestima tendem a manter um bom bem-estar psicológico. A autoestima, definida como o sentimento e a consideração que a pessoa sente por si própria, pode determinar o modo de enfrentamento da doença, pois, quanto maior a autoestima, maior a chance do paciente enfrentar as adversidades, mantendo relações saudáveis (GOMES e SILVA, 2013).

Segundo Costa e Leite (2009), indivíduos que possuem um suporte religioso diferem na percepção do resultado do procedimento cirúrgico, pois a religião ameniza o sofrimento por diminuir o estresse e mudar a perspectiva e a vivência da doença, além de propiciar o desenvolvimento de pensamentos otimistas e a recuperação da força perdida com a doença.

A família também tem um papel importante no enfrentamento da doença, pois dá conforto e atenção ao paciente, retribuindo as coisas boas que o paciente fez durante toda a vida. Além disso, os familiares, após o diagnóstico do câncer, se reestruturam para enfrentar a situação, assumindo os papéis e as responsabilidades que o paciente possuía (SETTE e GRADVOHL, 2014).

Muitos pacientes não aceitam plenamente seu adoecimento, evitando, até mesmo, falar que tem Câncer, pois, nomear a doença torna sua condição mais real. Alguns pacientes, em determinados momentos, falam sobre assuntos não relacionados com a doença, como acontecimentos do país, mostrando um desejo de

não serem caracterizados somente pela doença que possuem, como também um mecanismo de defesa para os aspectos emocionais (SETTE e GRADVOHL, 2014).

3. O PAPEL SOCIAL DO CORPO

3.1. O significado social do corpo

O corpo, apesar de composto por materiais puramente biológicos, é uma construção simbólica, tornando-se imprevisível por se efeito de uma construção social e cultural, influenciada diretamente pelos comportamentos, atitudes e estilos de vida da comunidade na qual está inserido (TRINCA, 2008).

O corpo pode ser visto como algo que material que pode ser possuído pelo homem, como também pode ser visto como parte da identidade do homem, produzindo uma sensação de pertencimento e de identidade. As concepções sobre o corpo estão baseadas no individualismo, no saber racional sobre a natureza e no recuo das tradições populares, em detrimento do conhecimento médico, definido como o saber oficial sobre o corpo (GOMES, 2011).

A expressão corporal, como aponta Le Breton (2007) é “socialmente modulável”, mesmo sendo vivida consonantes com o estilo particular dos indivíduos, uma vez que, dentro de uma comunidade social, as manifestações corporais de um sujeito são significantes para os parceiros e só adquirem sentido quando relacionadas à simbologia do grupo social. O corpo assume definitivamente o papel de representação dos significados e valores do homem, por ser o traço mais visível. Esse papel faz com que o indivíduo se empenhe em produzir uma identidade visual mais favorável e que possibilite maior reconciliação com o meio externo, tornando-o um conector e um meio de inclusão aos mais diversos grupos sociais.

No final dos anos 1960, surgiu uma ideia de um corpo perfeito e da necessidade e importância da expressão corporal. As práticas e os discursos que surgem propõem uma transformação radical da representação corporal já existente. O feminismo, a “revolução sexual”, a expressão corporal e o *body-art* influenciaram um comportamento de “libertação do corpo”. Desse modo, o corpo não é colocado como uma parte inerente do homem, mas como um atributo e um espaço de diferenciação individual (LE BRETON, 2007).

O corpo passou a ocupar um lugar de destaque, exacerbando o individualismo na sociedade, já que o corpo representa a marca de um indivíduo, distinguindo-o dos demais. O corpo assume definitivamente o papel de representação dos significados e

valores do homem, por ser o traço mais visível. Esse papel faz com que o indivíduo empenhe-se em produzir uma identidade visual mais favorável e que possibilite maior reconciliação com o meio externo, tornando-o um conector e um meio de inclusão aos mais diversos grupos sociais (LE BRETON, 2007).

3.2. A evolução social do corpo e sua relação com a medicina

A partir do século XVI, a sociedade passou por um processo "civilizador" que afetou a relação das comunidades com o corpo, instituindo atitudes de pudor e autodisciplina em relação às funções fisiológicas e ao contato físico. Esse distanciamento dos corpos acarretou no desenvolvimento de normas de condutas corporais, que foram a base para os costumes atuais e o autocontrole das ações. Essa civilização do comportamento, difundida através da remodelação do corpo social, serviu para a formação de uma nova hierarquia, na qual o modo de se comportar distinguia o indivíduo "civilizado" do "bruto" (TRINCA, 2008).

Essas mudanças de comportamento comprovam que o corpo não é um simples receptor de estímulos culturais, ele é um lugar prático, no qual as regras, práticas e atividades habituais serão demonstradas, transformando o corpo numa representação viva da cultura. O corpo passa a ser o centro do conhecimento e o produto modificado pelo conhecimento (TRINCA, 2008).

Para a ciência e a medicina modernas, o corpo assumiu o papel de centro do cotidiano. A possibilidade de constante aperfeiçoamento, graças aos avanços científicos, instigou a busca pela expressão da saúde perfeita, da juventude e da beleza, atreladas, principalmente, a sensação de felicidade e realização (TRINCA, 2008). O corpo aclamado nos dias atuais, que externa uma situação de saúde e vigor, segue ideais estéticos culturais vinculados às necessidades de produção e consumo capitalista. O culto ao corpo perfeito expressa o caráter padronizado das relações entre o homem e o próprio corpo, transformando-o em mercadoria (TRINCA, 2008).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo da pesquisa

Foi realizada uma pesquisa exploratória, explicativa, de caráter descritivo e análise qualitativa, pois é o método que permite um maior detalhamento sobre o tema, visto que se pode obter uma maior descrição dos dados coletados. Para Gil (2010), as pesquisas exploratórias busca maior aproximação e familiaridade com o problema, na medida em que desenvolvem, esclarecem e/ou modificam ideias. Descritiva, por sua feita, por ter igualmente o objetivo de descrever determinadas características da população ou fenômeno estudado, estabelecendo uma relação entre as variáveis, por meio de técnicas padronizadas de coletas de dados, como o roteiro de entrevista que será utilizado nesta pesquisa.

Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa responde questões particulares, pertinentes a um nível da realidade social que não pode ser quantificado. Desse modo, ela parte de um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que não podem ser tratados com reducionismos ou com a operacionalização quantitativa. Conforme Gil (2010), as pesquisas explicativas são aquelas que se preocupam com a identificação dos fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de certos fenômenos. Como suporte, foi utilizado um diário de campo e elementos da observação participante, que proporcionam a presença do observador/pesquisador numa situação social com o intento de realizar uma investigação científica. Para Minayo (2001), durante a observação participante o observador estabelece uma relação face a face com os observados, adentrando no contexto de observação, alterando e sendo alterado pelas circunstâncias e processo interativo.

4.2. Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida com os pacientes oncológicos atendidos pela Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC). A LMECC foi fundada por meio de uma Associação Civil em 22 de maio de 2000 e é uma entidade sem fins

lucrativos e de caráter exclusivamente filantrópico (NOBRE, 2018). A Liga Mossoroense possui duas unidades de atendimento, o Hospital da Solidariedade e a Casa de Saúde Santa Luzia, onde oferecem assistência especializada com serviços de Oncologia adulto e infantil, Hematologia, Cirurgia, Quimioterapia e Radioterapia (LMECC, 2016).

A maioria dos casos acolhidos nas unidades da LMECC são de pacientes de Mossoró e região, sendo atendidos cerca de 100 pacientes por dia. Os principais tumores tratados na Liga Mossoroense são Câncer de Pele, Câncer de Mama e Câncer de Próstata, que, somente em 2016, corresponderam a mais de 600 pacientes. A LMECC também se destaca por oferecer, a todos os pacientes, um tratamento multidisciplinar, com serviços de psicologia, fisioterapia, serviço social, entre outros (DAVI, 2018).

4.3. Sujeitos da pesquisa

Participara deste estudo os pacientes oncológicos, da Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC), que receberam a indicação do tratamento cirúrgico mas recusaram o tratamento. O tamanho da amostra foi delimitado pela ferramenta de saturação de amostragem. A saturação ocorre quando os novos dados obtidos não acrescentam novos conteúdos ao material já coletado, sendo considerados redundantes ou repetidos. Quando isso ocorre, interrompe-se a inclusão de novos participantes na coleta de dados (FONTANELLA et al., 2008).

A escolha dos participantes se deu por análise de prontuário, sendo, inicialmente selecionados os pacientes que receberam atendimento psicológico, visto que, ao recusar o tratamento cirúrgico, os pacientes atendidos pela LMECC são encaminhados para atendimento psicológico, pois a recusa pode ser decorrente das fases do luto, como a fase de negação da doença. A análise dos prontuários apresentou algumas dificuldades pela ausência das informações necessárias para determinar se houve a recusa da cirurgia pelo paciente, pois, a maioria dos profissionais, não relatavam as impressões dos pacientes. Apesar dessas dificuldades, foram entrevistados 5 pacientes, atingindo a saturação da amostra.

Os pacientes selecionados foram convidados para responder a uma entrevista semiestruturada (apêndice B). Foi apresentado para os pacientes, antes da realização da entrevista, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), que foi assinado antes do início da coleta de dados. Os sujeitos da pesquisa foram identificados por meio de categorização numérica progressiva. Os entrevistados serão apresentados no quadro abaixo:

Tabela 1: Dados para identificação dos pacientes.

	Idade	Sexo	Tipo de câncer
Paciente 1 (E1)	73 anos	Feminino	Câncer de mama
Paciente 2 (E2)	64 anos	Masculino	Câncer de orofaringe
Paciente 3 (E3)	80 anos	Feminino	Câncer de esôfago
Paciente 4 (E4)	63 anos	Feminino	Câncer de pulmão
Paciente 5 (E5)	60 anos	Feminino	Câncer de pele

4.4. Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada. Conforme Lüdke e André (1986), a entrevista semiestruturada representa um dos instrumentos básicos para a coleta de dados, que se desenrola a partir de um esquema básico, mas não é aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistado fale livremente sobre o tema e que o entrevistador faça adaptações, se necessário, como também possa voltar ao foco estabelecido inicialmente, caso a discussão seja desviada do tema principal.

A entrevista semiestruturada foi realizada com a utilização de 8 perguntas norteadoras da discussão, além de itens para caracterização socioeconômica do paciente entrevistado, como sexo, idade, estado civil, escolaridade e religião. Também foi realizada coleta de dados por meio do diário de campo, no qual o pesquisador escreve todas as informações que não fazem parte do material formal de entrevistas. As informações do diário de campo permitem que o pesquisador mantenha uma

relação direta com o espaço social da pesquisa, compreendendo o contexto e o cenário cultural do paciente (MINAYO, 2001).

4.5. Procedimentos de Coleta dos dados

Os pacientes selecionados foram previamente informados sobre a pesquisa por ligações telefônicas, utilizando os números disponíveis nos respectivos prontuários. As entrevistas ocorreram no local de escolha de cada paciente, os quais puderam escolher entre sua própria residência ou uma sala cedida pela LMECC durante um dia de atendimento. As entrevistas foram audiogravadas, com a utilização de aparelho celular, após a devida aquiescência dos participantes da pesquisa, e foram, posteriormente, transcritas para análise. Cada entrevista teve duração de aproximadamente 15 a 20 minutos e foram realizadas no dia e horário de escolha de cada participante, ocorrendo apenas uma entrevista por dia.

Os familiares ou acompanhantes dos pacientes também estavam presentes durante a entrevista, mediante autorização ou solicitação prévia do entrevistado. Os comentários realizados pelos familiares e acompanhantes foram de grande valia para ter conhecimento da situação social e familiar do paciente, como também para obter informações sobre a doença e os tratamentos realizados.

4.6. Análise dos dados

Para a análise dos dados coletados na pesquisa, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1991). A Análise de Conteúdo é uma técnica de pesquisa, na qual tornam-se replicáveis e válidas as inferências feitas sobre os dados coletados. Essa análise utiliza-se de procedimentos especializados e científicos, sistemáticos e objetivos que permitem o processo de inferência sobre o conteúdo manifesto em comunicações.

Existem várias modalidades de Análise de Conteúdo, dentre as quais está a Análise Temática, que foi a utilizada na pesquisa. Para Bardin, o tema é uma unidade

de significação que se liberta de um texto analisado segundo critérios baseados em teoria prévia à leitura.

A análise temática acontece em três etapas: a pré-análise, na qual escolhe-se os documentos que serão analisados; a exploração do material, no qual o pesquisador busca encontrar expressões ou palavras significativas, que serão usadas posteriormente para organizar o conteúdo; e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que corresponde à etapa de submissão dos resultados brutos a operações estatísticas simples ou complexas, que permitem ressaltar as informações obtidas. A partir do tratamento dos resultados, o pesquisador pode propor inferências e interpretar as informações obtidas, inter-relacionando-as com o referencial teórico prévio à coleta dos dados.

Os dados coletados foram transcritos literalmente, analisados e, logo após, foram construídas 4 categorias. A primeira categoria diz respeito à percepção do paciente em relação a sua doença. Na segunda categoria, aborda-se o impacto da família na decisão do tratamento. As alterações corporais e a autoimagem do paciente é retratada na terceira categoria e, por fim, na quarta categoria, é relatado o impacto da religião na tomada de decisões em relação ao tratamento.

4.7. Aspectos éticos

A presente pesquisa foi realizada de maneira rígida dentro dos preceitos éticos e bioéticos referentes à pesquisa com seres humanos, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466 de dezembro de 2012, que determina a necessidade da assinatura do TCLE pelos participantes da pesquisa para que a pesquisa possa ter início (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), em Mossoró/RN, através da Plataforma Brasil com o parecer de número 3.351.942 e CAAE: 92498318.4.0000.5294. Os participantes também foram informados do risco de caráter mínimo apresentado pela pesquisa, como o risco de constrangimento durante a entrevista. Tal fato foi minimizado ao garantir para o participante privacidade, local

reservado para a realização da entrevista, atenção do entrevistador para sinais verbais e não verbais de desconforto, e liberdade para que o entrevistado possa se recusar a responder questões constrangedoras ou desistir da pesquisa a qualquer momento.

4.8. Financiamento

A pesquisa recebeu apoio financeiro pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), edital 2018/2019, da Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC). A Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA) se encarregou pela disposição do orientador e banca examinadora juntamente com a disposição do acervo da biblioteca para a utilização de referências, computadores e subsequente.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentadas as categorias que foram originadas com base nas falas dos pacientes oncológicos que recusaram o procedimento cirúrgico, possibilitando a análise do conteúdo das entrevistas. Essas categorias foram desenvolvidas a partir das expressões mais completas e mais prevalentes durante as respostas, com o objetivo de identificar os fatores que interferem e causam a recusa do tratamento oncológico cirúrgico.

Para respeitar os preceitos éticos, os sujeitos da pesquisa foram identificados pela letra “E” seguido do número correspondente a cada um, como descrito no quadro apresentado anteriormente. Buscou-se estabelecer relações entre as informações coletadas por meio das entrevistas e o referencial teórico adotado neste estudo, com o intuito de atingir os objetivos propostos pela pesquisa.

Através dos dados obtidos com as entrevistas foi possível perceber quatro categorias, que dividem-se em:

5.1 Percepção da doença

5.2. Impacto familiar

5.3. Alterações corporais e autoimagem

5.4. Religião como mecanismo de enfrentamento

As categorias serão apresentadas e descritas separadamente com o devido referencial teórico, para o melhor entendimento. Os dados encontrados também possibilitaram apresentar um perfil dos pacientes entrevistados, o que dará início à nossa análise.

5.1. Perfil dos pacientes entrevistados

Foram entrevistados 5 pacientes oncológicos atendidos pela Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer. Entre eles, apenas 1 era do sexo masculino, e 4 do sexo feminino. Os participantes tinham idades entre 60 e 80 anos. Todos os

entrevistados possuíam uma religião definida, porém, apenas duas participantes ainda frequentavam instituições religiosas ou praticavam a religião em seu cotidiano.

A faixa etária do paciente é um parâmetro de extrema importância para a decisão e a aceitação do tratamento cirúrgico, visto que o organismo senescente apresenta modificações morfológicas e funcionais, que resultam em um aumento da morbidade e mortalidade em todo o período peri-operatório (VENDITES, ALMADA-FILHO e MINOSSI, 2010).

5.2. Percepção da doença

O sofrimento do paciente oncológico não está relacionado apenas com a dor física e com os sintomas da doença, mas ao contexto no qual os pacientes são inseridos e aos problemas emocionais, sociais e comportamentais que são vivenciados por eles (MENOSSI e LIMA, 2000). Embora a ciência determine que cerca de 50% dos casos de câncer são passíveis de cura ou controle, a imagem de uma doença dolorosa e mortal ainda persiste (VENÂNCIO, 2004).

Por se tratar de uma doença onde o paciente é, perante a sociedade, digno de pena, o câncer desperta reações tanto orgânicas como emocionais, desencadeando sentimentos de frustração, raiva, vergonha, ansiedade e medo. Além do momento do diagnóstico, o paciente também vivencia perdas e sintomas, ao longo do tratamento, que podem aumentar sua ansiedade e incerteza em relação ao futuro (VENÂNCIO, 2004). Com o avanço da tecnologia médica, os métodos diagnósticos ficaram mais precisos e os tratamentos mais eficazes, entretanto, os sentimentos e as necessidades emocionais dos pacientes oncológicos foram ignoradas e negligenciadas pelos médicos (SILVA, AQUINO e SANTOS, 2008).

“É, fique assim... meio decepcionada, mas o que há de fazer? No dia, quando ia pra casa, até chorei no caminho, mas comecei a me lembrar que se chorar também não dá certo, não dá jeito. O que tá feito, não tá mais por fazer” (E3).

A forma como as pessoas doentes e as pessoas saudáveis percebem a doença pode ser investigada seguindo o Modelo do Senso Comum (MSC). Esse modelo foi proposto por Leventhal, Nerenz e Steele em 1984 e sugere que situações de ameaça

à saúde, como o diagnóstico de câncer, ativam e desenvolvem imagens sobre uma doença a partir de crenças individuais que estão relacionadas com experiências anteriores e influenciam no comportamento e no enfrentamento da situação atual (CASTRO, LAWRENZ, *et al.*, 2017).

Os pacientes oncológicos, a partir do diagnóstico, apresentam sentimentos negativos que precisam ser adequadamente trabalhados e compreendidos. Nos depoimentos dos pacientes entrevistados, percebeu-se que o período do diagnóstico pode ser traumático, principalmente ao confirmar uma doença como o câncer, que é socialmente definida como uma ameaça à vida. A paciente 1 já apresentava uma visão pré-determinada sobre a doença e a considerava incurável. Essa crença da paciente fez com que ela, não apenas recusasse o tratamento cirúrgico, como também permanece acreditando na possibilidade de morte iminente, apesar de apresentar bom prognóstico da doença. Esse comportamento pode ser percebido em trechos da entrevista:

“É porque eu sei que não tem mais jeito... não resolve nada” (E1).

“Mas é assim mesmo, se tiver de acontecer de eu viver muito, tudo bem, se não tiver, é porque não tinha de viver mesmo” (E1).

“Resolver? Não sei... Deus é quem sabe, né? Só Deus é quem sabe” (E1).

“Eu tinha medo... Eu já tava sabendo o que era mesmo” (E1).

As emoções decorrentes do diagnóstico de uma doença crônica e estigmatizante como o câncer pode resultar em transtornos psicológicos, sendo estes decorrentes do modo distorcido de se perceber os acontecimentos, sendo, então, denominados distorções cognitivas. Essas distorções podem se apresentar de diversas maneiras: por catastrofização (pensar sempre que o pior irá acontecer), por abstração seletiva (focar em um aspecto negativo), por adivinhação (antecipar problemas e situações que talvez nem venham a existir), por personalização (assumir a culpa dos acontecimentos negativos), entre outros (SILVA, AQUINO e SANTOS, 2008).

Geralmente, os pensamentos ativados pelos pacientes com câncer são pensamentos distorcidos de catastrofização e adivinhação, como percebido na paciente 1, pois os pacientes relatam pensamentos relacionados à morte, antes mesmo de considerar dados importantes para o prognóstico da doença, como o tipo

do tumor, o estágio de evolução e a resposta apresentada no decorrer do tratamento (SILVA, AQUINO e SANTOS, 2008).

A percepção da doença também apresenta um papel importante no processo de tomada de decisões, implicando na adesão ao tratamento, na escolha do tipo de tratamento e na maneira de lidar e enfrentar a doença. Pacientes com comportamentos de medo, por exemplo, avaliam o diagnóstico e a sua situação como ameaçadora, gerando a interpretação de incerteza ou falta de controle em relação ao que pode ocorrer, caracteristicamente resultando em uma resposta de fuga com o objetivo de se colocar novamente em segurança (MIGUEL, 2015).

É importante mencionar que foram encontrados pacientes que não relataram a vivência de sentimentos negativos no momento do diagnóstico do câncer. De maneira geral, os pacientes que mencionam ter enfrentado o diagnóstico de maneira natural também apresentam um forte relação com a religião e relatam terem tido pensamentos religiosos, ao invés de pensamentos negativos (SILVA, AQUINO e SANTOS, 2008). Esse comportamento foi percebido na paciente 5, que, desde o momento do diagnóstico, apresentou um forte suporte religioso, como pode se destacar em partes de seu depoimento:

“O câncer para muita gente que não crê, que não tem fé, é muito complicado, mas para mim não... Era o médico dizendo que eu tinha câncer e eu dizendo ‘seja feita a vontade de Deus, se Jesus permitiu, assim seja’” (E5).

“Nunca que devemos se abater, porque a gente tem duas mentes, tem a mente sadia e tem a mente doentia... Eu não tenho a mente doentia em mim, a minha mente só trabalha em coisas boas” (E5).

“A gente nunca deve se abater... tem que ter joelho no chão e a face orando e pedindo força a Deus” (E5).

A religiosidade e a espiritualidade são estratégias utilizadas com frequência entre os pacientes oncológicos como forma de mudar a percepção do paciente sobre a própria doença e servindo como suporte emocional no momento do diagnóstico, tratamento e todo o processo do adoecimento (SILVA, AQUINO e SANTOS, 2008).

A ausência de sentimentos negativos durante o diagnóstico do câncer também foi relatado sem a associação com o suporte da religião. A paciente 4 não apresentou uma situação de sofrimento, pois não percebeu a doença como algo letal, incapacitante e incurável. Para a paciente, a situação de adoecimento na qual se encontrava tinha uma importância inferior a outros problemas e situações que ela enfrentava no momento do diagnóstico, como pode ser notado no trecho da entrevista:

“Eu tinha problema mais importante, pra mim, do que esse problema que eu tava... Não, não me abateu em nada” (E4).

“Eu não acredito que cresceu não... daria falta de ar, né?” (E4).

Essa percepção da doença apresentada pela paciente pode estar relacionada ao momento de negação ou dificuldade de aceitação da doença, e também influenciou na tomada de decisões em relação ao tratamento, fazendo com a paciente recusasse a cirurgia.

Não é raro encontrar pacientes e familiares com dificuldades em lidar com o diagnóstico, podendo desenvolver depressão ou ansiedade nas diversas etapas do tratamento. Essas dificuldades de aceitação do diagnóstico estão relacionadas com a associação do câncer com a morte e com algumas perdas, como a perda da saúde, a impossibilidade de realizar projetos e a redução da renda (FARINHAS, WENDLING e DELLAZZANA-ZANON, 2013).

5.3. Impacto familiar

A história da família e sua relação com o membro portador da doença são fatores que podem intervir na forma de lidar com a doença e nos cuidados que serão tomados durante o tratamento. O diagnóstico do câncer altera as relações familiares e o cotidiano do paciente, pois todos são afetados de alguma maneira, apresentando um sentimento de incerteza em relação aos problemas ou às mudanças que seguem o diagnóstico. A família do paciente passará por mudanças significativas ao longo do tratamento, que podem desencadear uma crise no meio familiar. Em momentos de crise familiar, a transgeracionalidade é um fator de grande importância e pode determinar o modo como a família irá lidar com a crise. A transgeracionalidade diz respeito ao que é transmitido pela família de uma geração para outra, permanecendo presentes ao longo de sua história (FARINHAS, WENDLING e DELLAZZANA-ZANON, 2013).

O acúmulo de estresse durante uma crise familiar pode resultar em estagnação diante da situação que iniciou a crise ou pode impulsionar para mudanças progressivas. Os familiares sofrem com estresse proveniente do tratamento e, também, influenciam nas decisões acerca desse tratamento (CASTRO, LAWRENZ,

et al., 2017). “Algumas famílias induzem o paciente a não realizar uma determinada cirurgia por acreditar que ela não o salvará. Outras podem não colaborar com as sessões de quimioterapia, ou podem acentuar os processos depressivos do paciente” (FARINHAS, WENDLING e DELLAZZANA-ZANON, 2013). Essa troca de influências foi perceptível durante a entrevista da paciente 3, pois a sua família teve uma participação ativa na decisão do seu tratamento. A acompanhante e familiar da paciente também reforçou que a escolha do tratamento e a consequente recusa da cirurgia foi uma decisão conjunta.

“Ele disse que eu podia fazer cirurgia ou então o tratamento. Eu é quem escolhia. Aí a gente escolheu o tratamento” (E3).

“Eu já tô muito velha, não precisa mais operar não” (E3).

“Como havia a opção da família, a gente não aceitou” (Familiar – E3).

O impacto do câncer nos pacientes e nos membros da família pode ser compreendido a partir da teoria sistêmica, a qual enfatiza as inter-relações que se estabelecem entre os componentes da família e o efeito mútuo que cada membro tem sobre os demais (MELO, BARROS, *et al.*, 2012).

Diante do discurso dos pacientes, também é possível observar o quanto o histórico familiar pode influenciar nas estratégias de enfrentamento do paciente com câncer. Muitos dos pacientes entrevistados apresentavam histórico familiar para o mesmo tipo de câncer que apresentavam e, no caso de seus familiares, o desfecho não foi favorável, causando o óbito dos pacientes. A paciente 1 vivia com a irmã, que teve o mesmo tipo de câncer que ela agora apresenta, o pai do paciente 2 também apresentou um tumor semelhante ao dele, e a paciente 3 relatou diversos casos na família semelhantes ao dela.

“Foi quase idêntico ao meu. Eu cuidava dela. Ela fazia a cirurgia, depois... juntou todo o corpo parece. Ela sofreu muito. Ela sofreu mais do que eu” (E1).

“Teve problema na garganta também... meu pai. Era CA (câncer) na garganta. Sei lá. Só sei que ele morreu sem comer nada” (E2).

“Teve. Muitos da minha família... um “bocado” de primo e meu pai mesmo morreu dele. O deles (primos) foi operado, o do meu pai não foi não... meu pai, quando foi descoberto, já tava sem jeito” (E3).

Como citado anteriormente, o MSC sugere que as crenças individuais estão relacionadas com experiências anteriores e o convívio com familiares durante o período da doença pode ter gerado um impacto negativo nos entrevistados (COSTA e LEITE, 2009). Dessa forma, as experiências familiares podem ter motivado a busca

pelo tratamento ou influenciado a recusa da cirurgia, com o intuito de evitar o mesmo desfecho que seus parentes, por isso, a abordagem da história familiar pelo médico deve ir além de um método de rastreamento de componentes genéticos.

5.4. Alterações corporais e autoimagem

A percepção da doença também inclui a percepção do corpo perante sua condição social, visto que o tratamento cirúrgico ou clínico e a própria evolução da doença são fatores que transformam o corpo, modificando, conseqüentemente, as relações do indivíduo. O saber biomédico interfere no corpo a partir da possibilidade de separação do sujeito de seu corpo em busca da eficácia médica, essa interferência pode ser vista na cirurgia oncológica por ser um procedimento, geralmente, mutilante e com muitas modificações corporais (GOMES, 2011).

A cirurgia foi o primeiro tratamento que alterou, de maneira significativa, o desenvolvimento de um câncer e, geralmente, representa um conflito para o paciente devido às possíveis transformações na imagem corporal. “Atualmente, mais de 60% dos pacientes com câncer são tratados cirurgicamente, e a cirurgia também é usada no diagnóstico e estadiamento de mais de 90% de todos os casos de câncer” (COSTA e LEITE, 2009).

A sociologia do corpo busca compreender a corporeidade humana como um fenômeno sociocultural e simbólico, sugerindo que todas as ações, sejam cotidianas ou incomuns, utilizam a corporeidade. O corpo é moldado pelo contexto social e cultural em que o indivíduo está inserido e é o meio pelo qual a relação desse indivíduo com o ambiente é revelada, permitindo expressão de sentimentos, produção de aparência, relação com a dor e sofrimento, etc. “A partir do corpo, o homem apropria-se da substância de sua vida traduzindo-a para os outros, servindo-se dos sistemas simbólicos que compartilha com os membros da comunidade” (LE BRETON, 2007).

A própria existência já implica em utilizar o corpo para mover-se em um determinado tempo e espaço, transformando o meio e atribuindo significados aos estímulos recebidos. Pelo uso do próprio corpo, o homem transforma o mundo, buscando completar sua experiência. O espaço social e cultural, e, principalmente, a

socialização, desde a infância, vão moldando o estilo de relação do indivíduo com o mundo, estabelecendo, durante seu desenvolvimento, um padrão cultural. Mas, essa aprendizagem não é limitada à infância, continuando presente durante toda a vida conforme as mudanças que ocorrem no estilo de vida (LE BRETON, 2007).

Esse receio das alterações corporais pode ser identificado nas entrevistas, pois, em alguns casos, a recusa do tratamento cirúrgico surgiu como uma forma de evitar as modificações corporais causadas pela cirurgia, como é o caso do paciente 3, que recusou o procedimento cirúrgico devido o alto risco de perda da voz após o procedimento. Acontecimento que implicaria na capacidade de socialização do indivíduo, como também deixaria marcas permanentes pela necessidade de realização de traqueostomia, cujo procedimento deixa aparente um tubo (cânula traqueal) na parte anterior do pescoço. Também nesse caso, os familiares foram capazes de confirmar a recusa do paciente, visto que, no período da entrevista, o paciente já se encontrava muito debilitado e não recordava ou não conseguia relatar todos os acontecimentos passados.

“Perdia a voz. Só por isso, foi” (E2).

“Tem um amigo meu que lá que tem um buraco no pescoço. Mesmo problema, pra ficar com o buraco aqui” (E2).

“Meu negócio é trabalhar, que não posso mais trabalhar” (E2).

“É uma coisa que ele não recebeu bem não, é tanto que a questão da cirurgia ele não quis, porque ele teve um medo e também o médico falou dos riscos... Por isso ele não aceitou” (Familiar – E2).

“Tem as sequelas, mas, assim, o tumor não existe mais. Só que ele ficou com as sequelas, não engolindo bem, que ele toma tudo pastoso, não mastiga, não come nada” (Familiar – E2).

Para o paciente oncológico, o impacto corporal que o tratamento cirúrgico pode apresentar são capazes de aumentar a reclusão e prejudicar, ainda mais, as relações sociais dos pacientes. As alterações corporais podem representar um motivo de sofrimento e constrangimento, como também, podem ser um fator de discriminação para os pacientes (MENOSSE e LIMA, 2000). Devido ao caráter estigmatizante do câncer, os pacientes se sentem reprimidos por mostrar ao outro seu próprio corpo, pelo receio do “olhar diferente” e até da exclusão social, visto que é um corpo afetado pela doença e alterado pelos tratamentos realizados (SOUZA e BARRETO, 2010).

Muitos danos emocionais podem surgir a partir das alterações corporais sofridas pelos pacientes oncológicos submetidos à cirurgia, como o luto pela perda de

parte do corpo. Para a psicanálise, durante o processo de elaboração do luto, o paciente pode não suportar a perda de seu objeto de amor, que, neste caso, é o seu próprio corpo, desenvolvendo estados depressivos graves (GASCÓN, SANTOS, *et al.*, 2013). Apesar do luto ser uma resposta fisiológica, a situação de perda também pode desencadear um risco aumentado para o desenvolvimento de ansiedade prolongada e síndromes semelhantes ao estresse pós-traumático, um aumento do consumo de álcool, drogas e cigarro, como também, um risco aumentado de suicídio (SADOCK, SADOCK e RUIZ, 2017).

O tratamento cirúrgico, especialmente para tratamento de câncer na área de cabeça e pescoço, pode afetar a aparência, a autonomia, o trabalho e a habilidade de comunicação do indivíduo, influenciando, também, sua autoestima. Em casos de cirurgias oncológicas que alterem a aparência facial ou impactem sua identidade, como a cirurgia para câncer bucal, o paciente pode passar por isolamento social, depressão, regressão para comportamento infantil e estresse psicológico. Em muitas situações sociais, os pacientes com cicatrizes ou desfiguração facial são abordados com negatividade, o que pode causar mais estresse emocional no indivíduo (COSTA e LEITE, 2009).

O tratamento cirúrgico para câncer de mama, a título de ilustração, também representa um conflito para o paciente, pois a mama é um símbolo de feminilidade e fertilidade para a mulher (GOMES e SILVA, 2016). Além disso, as mulheres casadas ou que vivem com o companheiro apresentam mais consequências negativas, incluindo agravos à saúde mental, possivelmente pelo fato da existência do companheiro relembrar constantemente das mudanças corporais e da mutilação causada pela doença (CASTRO, LAWRENZ, *et al.*, 2017).

O tratamento oncológico cirúrgico pode ter sérios efeitos na imagem corporal, autoestima e capacidade funcional do paciente, portanto, representa para o paciente uma ameaça aos seus conceitos e padrões de vida. Essa ameaça pode causar diversas reações, independente do grau de complexidade do procedimento cirúrgico (SANTOS, PICCOLI e CARVALHO, 2007).

5.5. Impacto da religião na tomada de decisões

O paciente e seus familiares podem usar estratégias de enfrentamento para lidar com o diagnóstico do câncer. Considera-se como estratégia de enfrentamento o esforço utilizado para que as pessoas possam administrar uma situação estressora, como uma situação de perda ou adoecimento. A espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento utilizada por muitos pacientes e, geralmente, já está presente na família antes do diagnóstico do câncer, mas é fortalecida com o aparecimento da doença (FARINHAS, WENDLING e DELLAZZANA-ZANON, 2013).

A religião é um importante mecanismo de enfrentamento no momento da doença. Quanto maior a gravidade da doença, maior a ligação religiosa e a influência da religião na tomada de decisão sobre o tratamento. A religião também facilita o processo de aceitação da doença e das consequências que ela causa, sendo considerada uma aliada contra a doença (GOMES e SILVA, 2013).

Para muitos pacientes, a conotação religiosa pode dar ao câncer um caráter de punição. Essa conotação é característica do cristianismo ocidental, que transmite a noção das pessoas estarem sujeitas às forças do destino divino. Desse modo, a identidade divina domina a vida dos homens e situações imprevisíveis, como o adoecimento, adquirem uma explicação, transmitindo aos pacientes uma sensação de segurança (AQUINO e ZAGO, 2007).

Os pacientes também podem enxergar na religião uma proposta de cura trazendo à tona um conflito com o tratamento médico. Estudos com pacientes laringectomizados revelou que a religião pode ser um fator de impedimento do tratamento, principalmente, nos casos em que os líderes religiosos incentivam a recusa do tratamento em detrimento de uma cura religiosa. A paciente 5 apresentou um importante suporte religioso durante toda a entrevista e relatou que a recusa da cirurgia também estava relacionada às suas crenças.

“Ele (o cirurgião) ia tirar meu nariz e meu olho, eu ia perder... Aí eu olhei para ele e disse ‘Doutor, jamais, perdoe. Jamais que eu vou perder meu narizinho, meu olhinho, que o Senhor me deu o dom da visão’ (E5).

“O Deus que eu sirvo é um Deus de poder e jamais que eu perderei o meu olhinho se Deus me deu a visão... Eu vou voltar com meu narizinho que Deus me deu e meu olhinho enxergando” (E5).

“Nunca que devemos se abater, porque a gente tem duas mentes, tem a mente sadia e tem a mente doentia... Eu não tenho mente doentia em mim, a minha mente só trabalha em coisas boas... Se chama a mente calma, a mente que só vem dos céus. Porque, primeiro, a morte a gente tem por certeza, mas se for colocar que tá, que ia morrer, não cabe” (E5).

A busca religiosa não deve ser entendida como uma forma de fugir da realidade, mas como a perspectiva de futuro para o sofrimento com o câncer. Essa visão ajuda a compreender por que a religião apresenta resultados eficazes em relação ao bem-estar e auto controle (AQUINO e ZAGO, 2007).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa buscou, a partir de seus objetivos, compreender os motivos que levam pacientes oncológicos a recusa do tratamento cirúrgico. Ao dar início a nossa coleta de dados, observamos que o nosso público alvo são pacientes com idade avançada, entre 60 e 80 anos, e que, normalmente, são pacientes com crenças mais consolidadas sobre a doença e com condições clínicas que representam um maior risco durante um procedimento cirúrgico. Essa característica se constitui como um desafio inicial para a aceitação da cirurgia como método de tratamento oncológico.

Conforme os resultados obtidos, confirmou-se a hipótese de que a percepção da cirurgia oncológica como mutiladora e incapacitante, e o medo das alterações corporais que podem ser causadas pelo procedimento, leva à recusa do tratamento cirúrgico.

Entretanto, somaram-se outros fatores, que não foram previstos na hipótese, com semelhante grau de importância. Entre eles está o impacto da família, que surgiu como um critério importante no processo de decisão do tratamento. O histórico familiar para o câncer também teve um impacto perceptível na recusa da cirurgia, sendo uma característica apresentada pela maioria dos entrevistados.

O impacto psicológico do diagnóstico e a percepção, desenvolvida pelo paciente, sobre a doença, também se mostraram elementos importantes na recusa do tratamento cirúrgico, a partir do momento em que o paciente apresenta distorções cognitivas e crenças individuais que impeçam ou dificultem a aceitação do procedimento cirúrgico.

A religião, usada como mecanismo de enfretamento por muitos pacientes oncológicos, também apresentou impacto na decisão do tratamento a ser realizado. A esperança em uma cura religiosa ou a sujeição à força do destino divino também guiou os pacientes na busca de outro método de tratamento para além da cirurgia oncológica.

As dificuldades encontradas durante a pesquisa foram relacionadas ao acesso aos pacientes. O paciente possui e exerce o direito de escolher o tipo de tratamento que irá realizar, entretanto, no momento que a cirurgia é recusada, não existe um

protocolo específico que determine o caminho a ser percorrido pelo paciente. Esse aspecto somado à ausência de relato da recusa nos prontuários médicos dificultou a identificação e o acesso aos pacientes passíveis de participação na pesquisa.

Por fim, foi possível perceber que o estar doente, na oncologia, é uma situação individual de cada paciente e que desperta sentimentos e emoções variantes. Não só o tratamento, como todo o processo de viver com uma doença estigmatizante influencia as crenças e o padrão de vida dos pacientes. É notório que a doença tem a capacidade de gerar olhares de julgamento e causar vergonha, medo e desconforto perante as relações sociais, por isso, deve ser abordada, pelos profissionais de saúde, de maneira individualizada e centrada no indivíduo doente, levando em consideração toda a sua construção sociocultural.

Espera-se que o tema dessa pesquisa continue sendo abordado e investigado, permitindo ampliar o conhecimento sobre as motivações que guiam as escolhas dos pacientes e, com isso, melhorar a abordagem dessas situações pelos profissionais de saúde, evitando a recusa do tratamento oncológico cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, 2007.
- BARBOSA, M. R.; MATOS, P. M.; COSTA, M. E. Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. **Psicologia & Sociedade**, Porto, Portugal, v. 23, n. 1, p. 24-34, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4ª. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BRASIL. **A situação do câncer no Brasil**. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer. 2006. p. 120.
- BRASIL. **Resolução CNS 466/2012**. Diário Oficial da União. Brasília, p. Seção 1, p.1. 2012.
- CASTRO, E. K. K. D. et al. Percepção da doença e enfrentamento em mulheres com câncer de mama. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 32, n. 3, 2017.
- COSTA, P.; LEITE, R. D. C. B. D. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.
- DAVI, M. J. Dados gerais. **Observatório de Dados da LMECC**, 2018. Disponível em: <<https://observatoriolmecc.b3c.science/2018/03/24/dados-gerais/>>. Acesso em: 13 Janeiro 2020.
- FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando famílias**, v. 17, n. 2, p. 111-129, 2013.
- FAVA, G. A.; SONINO, N. O modelo biopsicossocial: Trinta anos depois. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 77, p. 1-2, 2008.
- FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, Fevereiro 2011.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.
- GASCÓN, M. R. P. et al. Um corpo que perde o sentido: uma leitura psicanalítica dos pacientes com paraparesia espástica tropical. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 33-48, 2013.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GIMENEZ, R. M.; BERVIQUE, J. D. A. Relação entre as emoções e o organismo como um todo. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, v. 7, p. 1-6, 2006.
- GOMES, N. S.; SILVA, S. R. D. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2013.
- GOMES, N. S.; SILVA, S. R. D. Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1-6, 2016.
- GOMES, R. Antropologia do corpo e modernidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2277-2279, Novembro 2011.
- HOFF, P. M. G. **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.
- IDA, S. W.; SILVA, R. N. D. Transtornos alimentares: uma perspectiva social. **Revista mal-estar e subjetividade**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 417-432, Setembro 2007.
- INOCENTI, A. et al. Repercussão dos efeitos da cirurgia reconstrutora na vida de mulheres com neoplasias de mama. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016.
- LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. 2ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 517-524, 2006.
- LMECC. Liga Mossoroense - Conheça a nossa história. **Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer**, 2016. Disponível em: <<https://www.ligamossoroense.org/quem-somos>>. Acesso em: 13 Janeiro 2020.
- LONGO, D. L. **Hematologia e Oncologia de Harrison**. 2ª. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.
- LOPES, F.; KARIMAI, J. Princípios de Cirurgia Oncológica. In: MARQUES, C. D. L. T. D. Q., et al. **Oncologia: Uma abordagem multidisciplinar**. Recife: Carpe Diem Edições e Produções Ltda, 2015. p. 134-148.
- LOPES, M. V. **Antropologia do corpo e consumo através da análise da vigorexia**. Anais do X Seminário de Ciências Sociais - Tecendo diálogos sobre a pesquisa social. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. 2012. p. 47-61.
- MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia de pesquisa**. 2ª. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- MARQUES, C. D. L. T. D. Q. et al. **Oncologia: Uma abordagem multidisciplinar**. Recife: Carpe Diem Edições e Produções Ltda, 2015.

MELO, M. C. B. D. et al. O funcionamento familiar do paciente com câncer. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 73-89, Abril 2012.

MENOSSE, M. J.; LIMA, R. A. G. D. A problemática do sofrimento: percepção do adolescente com câncer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 45-51, 2000.

MIGUEL, F. K. Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. **PsicoUSF**, v. 20, n. 1, p. 153-162, 2015.

MINAYO, M. C. D. S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 18ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, H.; CANAVARRO, M. C. Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. **Psicologia, saúde & doenças**, Portugal, v. 13, n. 2, p. 169-190, 2012. ISSN 2182-8407.

NIEVES, C. B.-D. L. et al. Percepção de pacientes ostomizados sobre os cuidados de saúde recebidos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-8, 2017.

NOBRE, J. LMECC completa 18 anos de serviços prestados a Mossoró e região. **Jota Nobre**, 2018. Disponível em: <<https://jotanobre.com.br/lmecc-completa-18-anos-de-servicos-prestados-a-mossoro-e-regiao/>>. Acesso em: 13 Janeiro 2020.

QUIEROZ, D. T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. Esp, p. 178-186, 2011.

SANTOS, R. R. D.; PICCOLI, M.; CARVALHO, A. R. S. Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2007.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. D.; SOUZA, L. V. E. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. **Estudos de psicologia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 41-50, 2009.

SETTE, C. P.; GRADVOHL, S. M. O. Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 13, n. 2, p. 26-31, 2014.

SILVA, P. L. N. D. et al. O significado de câncer: percepção de pacientes. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 7, n. 12, p. 6828-6833, 2013.

SILVA, S. D. S.; AQUINO, T. A. A. D.; SANTOS, R. M. D. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 2, p. 73-88, 2008.

SILVA, V. C. E. D. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa Institucional USP. São Paulo. 2005.

SOUZA, L. F. D. F.; BARRETO, M. C. R. **Uma perspectiva sociológica das emoções e o processo civilizador**. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Mossoró. 2010.

TRINCA, T. P. **O corpo-imagem na "cultura do consumo": uma análise histórico-social sobre a supremacia da aparência no capitalismo avançado**. Universidade Estadual Paulista. Marília, p. 154. 2008.

VALDEZ, J. A.; BRENNAN, M. T. Impact of oral cancer on quality of life. **Dental Clinics of North America**, Charlotte, USA, v. 62, n. 1, p. 143-154, 2017.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004.

VENDITES, S.; ALMADA-FILHO, C. D. M.; MINOSSI, J. G. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 173-182, 2010.

VENDRAMINI, R. C. R. et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO – UFERSA
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Departamento de Ciências da Saúde
Campus Mossoró
Curso de Medicina

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa **“O discurso de resistência do paciente oncológico ao tratamento cirúrgico”** coordenada pelo **Prof. Lázaro Fabrício de França Souza** e que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso decida aceitar o convite, o (a) senhor(a) responderá algumas perguntas a respeito da recusa em relação à cirurgia oncológica, cuja responsabilidade de aplicação é de Lázaro Fabrício de França Souza, pesquisador responsável e professor do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: Analisar os motivos que dificultam a aceitação de cirurgias oncológicas por pacientes oncológicos. E como objetivos específicos: Delimitar o grupo de pacientes oncológicos que recusam tratamento cirúrgico; descrever as indicações para cirurgia recebidas pelo grupo de pacientes; analisar o discurso dos pacientes oncológicos que recusaram a cirurgia; identificar os motivos de recusa do tratamento cirúrgico.

O benefício desta pesquisa é a possibilidade de contribuir para a revisão de determinadas práticas profissionais no âmbito da saúde, auxiliando no desenvolvimento de alternativas efetivas para abordagem de pacientes futuros, além de oportunizar elementos para se refletir e melhorar a relação entre médico e paciente.

A pesquisa apresenta riscos associados sobretudo à possibilidade de desconforto, constrangimento ou humilhação para a pessoa entrevistada, o que pode acarretar sofrimento mental. Todavia, visando minorar os riscos, todos os passos da pesquisa serão explicados e bem esclarecidos, assegurando a privacidade, sigilo e confiança por parte dos participantes e pesquisadores. Ademais, garantiremos: local reservado para a realização da entrevista, atenção do entrevistador para sinais verbais e não verbais de desconforto e liberdade para que o entrevistado possa se recusar a responder determinadas questões ou desistir da pesquisa a qualquer momento; Para manter o sigilo e o respeito ao participante da pesquisa, apenas a discente Débora Maria Marques Bezerra aplicará o questionário e somente as discentes Débora Maria Marques Bezerra e o pesquisador responsável poderão manusear e guardar o material coletado; Sigilo das informações por ocasião da publicação dos resultados, visto que não será divulgado dado que identifique o participante; Garantia que o participante se sinta a vontade para responder à entrevista e Anuência das Instituições de ensino para a realização da pesquisa.

Os dados coletados serão, ao final da pesquisa, armazenados em CD-ROM e caixa arquivo, guardada por no mínimo cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador responsável (orientador) no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, na UFERSA, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes e o responsável.

Você ficará com uma via original deste TCLE e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador Lázaro Fabrício de França Souza da Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Campus Mossoró, no endereço Av. Francisco Mota, n. 572, Bairro Costa e Silva, CEP 59625-900 – Mossoró – RN. Tel. (84) 3317-8361. Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN)** - Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48 Rua: Prof. Antonio Campos, S/N, Costa e Silva. Tel: (84) 3312-7032. e-mail: cep@uern.br / CEP 59.610-090.

Se para o participante houver gasto de qualquer natureza, em virtude da sua participação nesse estudo, é garantido o direito a indenização (Res. 466/12 II.7) – cobertura material para reparar dano – e/ou ressarcimento (Res. 466/12 II.21) – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação – sob a responsabilidade do pesquisador Lázaro Fabrício de França Souza.

Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Concordo em participar desta pesquisa
“_____”.

Declarando, para os devidos fins, que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido (a) e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foram garantidos a mim esclarecimentos que venham a solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Autorizo assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Mossoró/RN, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante



Débora Maria Marques Bezerra (Aluno-pesquisador): Aluna do Curso de Medicina, da Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA, Campus Mossoró, no endereço Av. Francisco Mota, n. 572, Bairro Costa e Silva, CEP 59625-900 – Mossoró – RN. Tel. (84) 3317-8200.

Prof. Lázaro Fabrício de França Souza (Orientador da pesquisa – Pesquisador responsável): Curso de Medicina da Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA, Campus Mossoró, no endereço Av. Francisco Mota, n. 572, Bairro Costa e Silva, CEP 59625-900 – Mossoró – RN. Tel. (84) 3317-8361. E-mail: lazaro.souza@ufersa.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN) - Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48. Rua: Prof. Antonio Campos, S/N, Costa e Silva. CEP 59610-090. Tel. (84) 3312-7032. e-mail: cep@uern.br.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Sexo:

Data de Nascimento:

Cidade onde mora:

Estado civil:

Escolaridade:

Faixa salarial:

Possui religião? () Sim () Não Qual: _____

É praticante? () Sim () Não

Como o(a) senhor(a) se sentiu ao receber o diagnóstico de câncer?

Como a sua família reagiu ao diagnóstico do câncer?

Por que foi indicado que o(a) senhor(a) fizesse a cirurgia?

Porque o(a) senhor(a) recusou a cirurgia?

Que orientações foram passadas pelo médico que indicou a cirurgia?

O(a) senhor(a) já passou por algum procedimento cirúrgico?

O(a) senhor(a) já teve algum outro câncer?

Alguém da sua família já teve câncer?

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O discurso de resistência do paciente oncológico ao tratamento cirúrgico

Pesquisador: Lázaro Fabrício de França Souza

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 92498318.4.0000.5294

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.351.942

Apresentação do Projeto:

O discurso de resistência do paciente oncológico ao tratamento cirúrgico é um estudo descritivo que tem como objetivo analisar os motivos que levam à recusa do tratamento cirúrgico por pacientes oncológicos. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, com pacientes oncológicos que tenham recebido a indicação cirúrgica mas recusaram o procedimento. Para análise dos dados será utilizada análise temática de conteúdo

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar os motivos que dificultam a aceitação ou recusa de cirurgias oncológicas por pacientes oncológicos.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Delimitar o grupo de pacientes oncológicos que recusaram tratamento cirúrgico;

Descrever as indicações para cirurgia recebidas pelo grupo de pacientes;

Analisar o discurso dos pacientes oncológicos que recusaram a cirurgia;

Identificar os motivos de recusa do tratamento cirúrgico

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km 48 - Campus Central - UERN
Bairro: Presidente Costa e Silva **CEP:** 59.610-090
UF: RN **Município:** MOSSORO
Telefone: (84)3312-7032 **E-mail:** cep@uern.br



Continuação do Parecer: 3.351.942

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

A pesquisa apresenta riscos associados sobretudo à possibilidade de desconforto, constrangimento ou humilhação para a pessoa entrevistada, o que pode acarretar sofrimento mental. Todavia, visando minorar os riscos, todos os passos da pesquisa serão explicados e bem esclarecidos, assegurando a privacidade, sigilo e confiança por parte dos participantes e pesquisadores. Ademais, garantiremos: local reservado para a realização da entrevista, atenção do entrevistador para sinais verbais e não verbais de desconforto e liberdade para que o entrevistado possa se recusar a responder determinadas questões ou desistir da pesquisa a qualquer momento.

BENEFÍCIOS

A pesquisa traz como benefícios cernes o conhecimento científico e social proveniente e fruto desse trabalho, que podem contribuir para a revisão de determinadas práticas profissionais no âmbito da saúde, auxiliando no desenvolvimento de alternativas efetivas para abordagem de pacientes futuros, além de oportunizar elementos para se refletir e melhorar a relação entre médico e paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem delineada, sendo descrita as diversas etapas para a sua execução e obedece os preceitos éticos e científicos fundamentais para a sua execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos necessários para a avaliação foram apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km 48 - Campus Central - UERN
Bairro: Presidente Costa e Silva **CEP:** 59.610-090
UF: RN **Município:** MOSSORO
Telefone: (84)3312-7032 **E-mail:** cep@uern.br



Continuação do Parecer: 3.351.942

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada. Não apresenta óbices éticos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1344427_E1.pdf	26/04/2019 23:13:54		Aceito
Outros	Autorizacao_prontuario.pdf	26/04/2019 23:12:16	Lázaro Fabrício de França Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/02/2019 17:18:18	Lázaro Fabrício de França Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	14/02/2019 17:16:56	Lázaro Fabrício de França Souza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_pesquisador.pdf	27/11/2018 11:39:20	Lázaro Fabrício de França Souza	Aceito
Outros	Carta_anuencia.pdf	27/11/2018 11:30:34	Lázaro Fabrício de França Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Debora.pdf	06/11/2018 09:58:17	Lázaro Fabrício de França Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MOSSORO, 28 de Maio de 2019

Assinado por:
Pablo de Castro Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Professor Antônio Campos, s/nº, BR 110, km 48 - Campus Central - UERN
Bairro: Presidente Costa e Silva **CEP:** 59.610-090
UF: RN **Município:** MOSSORO
Telefone: (84)3312-7032 **E-mail:** cep@uern.br