



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA  
LINHA DE PESQUISA – FENOMENOLOGIA: TEORIA E CLÍNICA

TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA

**PERCEPÇÕES, VIVÊNCIAS E REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS A PARTIR DE  
UM DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO**

BELÉM - PA

2024

TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA

**PERCEPÇÕES, VIVÊNCIAS E REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS A PARTIR DE  
UM DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Pará  
como parte das exigências necessárias para obtenção do  
título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia.

Linha de Pesquisa: Fenomenologia – Teoria e Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Nazareth Rodrigues  
Malcher de Oliveira Silva

BELÉM - PA

2024

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

R375p Reis Silveira, Taynara Fidelis dos.  
Percepções, vivências e repercussões psicossociais a partir de  
um diagnóstico oncológico / Taynara Fidelis dos Reis Silveira. —  
2024.  
98 f. : il. color.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria de Nazareth Rodrigues  
Malcher de Oliveira Silva  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia, Belém, 2024.

1. Diagnóstico oncológico. 2. Psicossocial. 3.  
Fenomenologia Heideggeriana. I. Título.

CDD 150

---

TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA

**PERCEPÇÕES, VIVÊNCIAS E REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS A PARTIR DE  
UM DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO**

Dissertação do Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Pará  
(UFPA) apresentado a Banca Examinadora, como  
requisito a obtenção do título de Mestre em Psicologia.  
Linha de Pesquisa: Fenomenologia – Teoria e Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Nazareth Rodrigues  
Malcher de Oliveira Silva

Data de aprovação: 31/07/2024

Conceito: \_\_\_\_\_

**Banca Examinadora:**

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria de Nazareth R. Malcher de O. Silva  
(UFPA – Orientadora)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Prof. César Seibt  
(UFPA – Membro Interno)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Alessandro de Magalhães Gemino  
(UERJ – Membro Externo)

BELÉM – PA

2024

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela possibilidade de refletir sobre a vida e trazer sentido à minha existência. À minha família que com muito carinho, acolhimento e amor se demonstraram pacientes e incentivadores ao longo desse processo: Cleoni, Ezequiel, Irma, José e Naiara. Agradeço as minhas amigas do PPGP: Beatriz, Letícia e Patrícia, que se fizeram presentes, apesar da distância. Às minhas amigas pessoais pelo carinho e apoio. Às minhas colegas de trabalho pelo acolhimento e compreensão. Aos meus mestres, professores que me inspiram e que tanto agregaram ao longo da minha jornada. Em especial, a minha orientadora Maria de Nazareth Malcher pela sensibilidade, acolhimento e orientações ao longo desse processo. Você foi uma grande incentivadora. À banca qualificadora pelo acolhimento e contribuições realizadas. À professora Dayanne pelo auxílio, revisão e tradução. Aos responsáveis pela casa de apoio: Pr. Anderson, Pr. José Pires e Pra. Graça pela receptividade, disponibilidade e apoio para a realização desta pesquisa. Agradeço imensamente aos colaboradores deste estudo que se puseram disponível e me permitiram adentrar ao seu mundo. Por fim, a todos que direta ou indiretamente me auxiliaram nesta trajetória tão sonhada e especial.

“Quando a circunstância é boa, devemos desfrutá-la; quando não é favorável devemos transformá-la e quando não pode ser transformada, devemos transformar a nós mesmos”.

(Viktor Frankl).

## RESUMO

### PERCEPÇÕES, VIVÊNCIAS E REPERCUSSÕES PSICOSSOCIAIS A PARTIR DE UM DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

O câncer é uma das doenças mais temidas e que mais cresce no Brasil. As estimativas em institutos representativos apontam que são esperados 704 mil novos casos da doença no país, para cada ano do triênio 2023-2025. Desse modo, receber um diagnóstico oncológico trará novas possibilidades em projetar-se e existir-no-mundo. O objetivo geral deste estudo foi conhecer as percepções e vivências de pessoas que foram acometidas por um diagnóstico oncológico e suas repercussões psicossociais a partir deste diagnóstico. O percurso metodológico foi de caráter qualitativo descritivo de estratégia fenomenológica ocorrida em duas etapas: (1) estudo teórico literário e documental; e (2) estudo empírico sobre a temática. O cenário escolhido para a realização da pesquisa foi a Casa de Apoio Amar é Servir, que abriga pacientes e seus acompanhantes, em tratamento oncológico na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, no município de Tucuruí - Pará. Os participantes da pesquisa foram três homens e três mulheres, todos idosos, com baixa escolaridade e que receberam diagnóstico oncológico no período entre quatro e dez meses. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e o tratamento dos dados foi pelo método fenomenológico de Amedeo Giorgi e análise fundamentada em Martin Heidegger. Os resultados apontaram para unidades do discurso sobre a ressignificação da vivência ao diagnóstico oncológico pela espiritualidade e transcendência do diagnóstico; sentimento de ambivalência, mesmo com sentimentos de angústia em relação as coisas do mundo experienciado; e apresentaram na nova realidade mudanças em três aspectos: cuidados com a saúde e bem-estar corporal, ocupação, vida financeira e rede de apoio. Corroborando com Heidegger que afirma que somos jogados no mundo, assim, somos jogados em meio a facticidade e cabe ao nosso Ser-aí projetar-se e encontrar novas possibilidades temporais, em transcender e existir. Finalmente, observou-se que diante do diagnóstico oncológico a percepção e vivência são atravessadas por contextos socioeconômicos e nas significações das relações interpessoais, demonstrando-se como secundário e não impactante. Este estudo é inovador, relevante e fundamental no âmbito social e científico, pois evidenciou a narrativa da vivência de um diagnóstico de uma doença considerada fatal e o desvelamento de seu mundo, podendo, portanto, auxiliar em estratégias no cuidado de profissionais que focalize nas dimensões do sujeito e não apenas dos diagnósticos em si, de forma integralizada e humanizada.

**Palavras-chave:** Diagnóstico oncológico; Psicossocial; Fenomenologia Heideggeriana.

## ABSTRACT

Cancer is one of the most feared and growing diseases in Brazil, with estimates from representative institutes indicating 704 thousand new cases of the disease in the country, for each year of the 2023-2025 period. As such, receiving an oncology diagnosis brings new possibilities for self-projection and existence in the world. The general objective of this study was to understand the perceptions and experiences of individuals who have been diagnosed with cancer and their psychosocial repercussions from this diagnosis. The methodological approach was qualitative descriptive with a phenomenological strategy, carried out in two stages: (1) theoretical study of literature and documents; and (2) empirical study on the research theme. The setting chosen for the research was the Casa de Apoio Amar é Servir, which shelters patients and their companions undergoing oncology treatment at the High Complexity Oncology Unit in the municipality of Tucuruí-PA. The research participants were three men and three women, all older adults, with low education, who received an oncology diagnosis in the period of four to ten months. The instrument used for data collection was the semi-structured interview, and the data was treated using Amedeo Giorgi's phenomenological method and analysis based on Martin Heidegger. The results pointed to units of discourse on the resignification of the experience of the cancer diagnosis through spirituality and transcendence; feeling of ambivalence, even with feelings of anguish regarding worldly experiences; and presented changes in three aspects in the new reality: health care and bodily well-being, occupation, financial life, and support network. This corroborates Heidegger's assertion that we are thrown into the world, thus, we are thrown into the midst of facticity, and it is up to our Being-there to project ourselves and find new temporal possibilities, to transcend and exist. Finally, it was observed that in the face of an oncology diagnosis, perception and experience are crossed by socioeconomic contexts and the meanings of interpersonal relationships, showing them as secondary and non-impactful. This study is original, relevant, and fundamental in the social and scientific scope, as it evidenced the narrative of the experience of a diagnosis of a disease considered fatal and the unveiling of its world and can therefore aid in strategies for professionals' care that focuses on the dimensions of the individual and not just the diagnoses themselves, in an integrated and humanized way.

**Keywords:** Oncological diagnosis; Psychosocial; Heideggerian phenomenology.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Processo de regulação no campo oncológico.....	20
<b>Figura 2</b>	Tríade Cognitivo-Afetivo da Representação Social do Câncer.....	27
<b>Figura 3</b>	Antiga casa de apoio: Irmã Noêmia de Souza Lima.....	44
<b>Figura 4</b>	Construção da nova casa de apoio.....	45
<b>Figura 5</b>	Relação das Unidades de Sentido/Significado do Diagnóstico Oncológico.....	49

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Estrutura Geral de Significados dos colaboradores da pesquisa.....	47
<b>Quadro 2</b>	Riscos e Precaução/prevenção.....	50

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Perfil de literatura dos artigos sobre aspectos psicossociais de um diagnóstico oncológico.....	42
<b>Tabela 2</b>	Perfil sociodemográfico dos colaboradores da pesquisa.....	55

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1. PERCURSO HISTÓRICO SOBRE A POLÍTICA BRASILEIRA DE CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO .....	17
2.2. DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DE UM DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO.....	23
2.3 O ESTADO DE SER-EM-QUESTÃO E A COMPREENSÃO DE SUA FINITUDE EM HEIDEGGER.....	29
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>35</b>
3.1. A INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA.....	35
3.2. MÉTODO FENOMENOLÓGICO PARA A PESQUISA EM PSICOLOGIA .....	37
3.3. ESTUDO TEÓRICO.....	41
3.4. ESTUDO EMPÍRICO .....	43
<b>3.4.1. Cenário e participantes do estudo.....</b>	<b>43</b>
<b>3.4.2. Participantes da pesquisa: os colaboradores .....</b>	<b>45</b>
<b>3.4.3. Instrumentos de pesquisa.....</b>	<b>46</b>
3.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	47
3.6. ASPECTOS ÉTICOS .....	49
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>51</b>
4.1. NARRATIVAS E VIVÊNCIAS EM SE TORNAR UMA PESQUISADORA ASPIRANTE FENOMENOLÓGICA.....	51
4.2. APRESENTANDO OS COLABORADORES DA PESQUISA .....	55
4.3. RESSIGNIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO: TRANSCENDÊNCIA E ESPIRITUALIDADE .....	59
4.4. SENTIMENTO DE AMBIVALÊNCIA COMO RESSIGNIFICAÇÃO DA VIVÊNCIA DO DIAGNÓSTICO .....	63
<b>4.4.1. Estigmas sociais na vivência do diagnóstico oncológico.....</b>	<b>67</b>
4.5. DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS NO PROCESSO DO DIAGNOSTICO	

ONCOLÓGICO.....	69
<b>5. REFLEXÕES FINAIS.....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>	<b>911</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>922</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO DE IMAGEM E VOZ.....</b>	<b>934</b>
<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>945</b>
<b>ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....</b>	<b>98</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Globalmente, o câncer é uma das principais causas de mortalidade, com estimativas de 9,6 milhões de mortes decorrentes da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). No Brasil, as estimativas realizadas pelo Instituto Nacional de Câncer (2022), apontam que são esperados 704 mil novos casos da doença no país, para cada ano do triênio 2023-2025. As regiões Sul e Sudeste apresentam 70% maior incidência da moléstia em relação às demais regiões. Diante disso, não há dúvida de que o câncer é um desafio em termos de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento (THEOBALD et al., 2016).

O câncer é uma doença crônico degenerativa não transmissível que se caracteriza pelas mudanças anormais na estrutura celular, ocasionando uma divisão celular excessiva que comumente levam à tumorigênese (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2022). Dentre os diferentes tipos de cânceres, a etiologia de cada um parece ser multifatorial, podendo ser decorrente de fatores modificáveis ou não (DIB et al., 2022). Nesse sentido, parece ser necessária a combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos como, predisposição genética, exposição a fatores ambientais de risco, estresse crônico, síndrome metabólica, uso de cigarro, ingestão de alimentos cancerígenos, dentre outros, que podem vir a contribuir para o surgimento desta doença (MCALEER, 2022).

Também, existe em nossa sociedade uma visão conturbada em relação ao diagnóstico oncológico, bem como, a sua relação entre saúde, doença, tratamento e finitude (CUNHA et al., 2017). A partir do diagnóstico de câncer, o paciente vivencia mudanças em seu cotidiano, com estigmas e sentidos atribuídos à doença que foram construídas ao longo da história, reconhecida, na maioria das vezes, como a doença que pode levar à morte, além de vivenciarem todo sofrimento físico e emocional ao longo do processo do recebimento do diagnóstico e tratamento (THEOBALD et al., 2016).

Assim, tornar-se paciente oncológico é vivenciar uma nova rotina que, na maioria das vezes, interfere nas esferas psicossociais, nos aspectos da qualidade de vida e saúde mental (MACÍAS et al., 2017). Diante disso, o paciente com câncer percebe alterações na autoimagem, mudanças de papel social, isolamento, dependência de cuidadores, medo referente às incertezas do tratamento, sintomas ansiosos e depressivos, etc. (NIEDZWIEDZ et al., 2019). Essas percepções geralmente não se limitam apenas ao paciente, mas, muitas vezes, se estende à família, amigos, colegas e até mesmo à equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento (CAMPOS et al., 2021).

O sentimento de vulnerabilidade, impotência e temor são evidentes, principalmente por

se tratar de uma patologia em que o tratamento é processual, podendo ser doloroso, com efeitos colaterais conforme cada diagnóstico e tratamento (FONSECA e CASTRO, 2016). Diante disso, o sofrimento psíquico é intenso após receber um diagnóstico oncológico, podendo ocasionar em ideação e tentativa de suicídio devido aos fatores estressantes, sofrimento físico e psicológico (CARVALHÃO et al., 2018). Desse modo, torna-se cada vez mais importante falar sobre o diagnóstico oncológico e suas repercussões psicossociais, compreendendo o sujeito a partir do modelo biopsicossocial, em uma perspectiva integral, multidisciplinar, entendendo que o sofrimento humano é subjetivo e multifatorial.

Martin Heidegger (2015), grande filósofo alemão afirma que somos jogados no mundo, um projeto lançado a uma facticidade que envolve a relação de si mesmo e com-o-outro. Para o filósofo, vivemos o processo irreversível de ser-para-a-morte e que embora saibamos que o nosso ser é finito ao receber o diagnóstico oncológico o sujeito se apropria da sua finitude. Neste propósito, este estudo parte da reflexão do que é ser-no-mundo ao receber um diagnóstico oncológico?

A temática desta dissertação é inovadora e relevante para a contribuição social e científica. Nela observa-se a necessidade de estudos de abordagem qualitativa e embasamento na fenomenologia sobre a vivência de receber um diagnóstico oncológico e suas repercussões psicossociais. Tendo em vista que o sujeito com câncer podem vivenciar processos subjetivos frente as representações sociais que a doença contempla, e que repercutem de forma psicossocial na vida do paciente e de todos que estão a sua volta. Por isso, objetiva-se de modo geral compreender as percepções e as vivências de pessoas que receberam um diagnóstico oncológico e suas repercussões psicossociais a partir deste diagnóstico. Enquanto objetivos específicos busca-se: 1) conhecer a literatura sobre o diagnóstico oncológico e repercussões psicossociais; 2) discorrer sobre a vivência de receber um diagnóstico oncológico; 3) caracterizar os aspectos psicossociais ocasionados a partir de um diagnóstico oncológico; e 4) discorrer sobre o sentido de pessoas acometidas por um diagnóstico oncológico, refletindo sobre o contexto em saúde mental.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos: 1º) a introdução, no qual se discorre sobre a problemática e apresenta-se a questão de pesquisa, bem como seus respectivos objetivos geral e específicos a serem atendidos e respondidos pela metodologia adotada neste trabalho e seus respectivos resultados; 2º) o referencial teórico, que se subdivide em três capítulos que discorrem sobre o percurso histórico da política brasileira de cuidado ao paciente oncológico, dimensões psicossociais de um diagnóstico oncológico e o estado de ser-em-questão e a compreensão de sua finitude em Heidegger; 3º) o percurso metodológico, que é embasado em

estudo descritivo de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica, fundamentado no modelo empírico-compreensivo proposto por Amedeo Giorgi. É apresentado o caminho percorrido, contendo as experiências da pesquisadora em campo até o encontro dos colaboradores desta pesquisa. 4º) os resultados e a discussões, que são apresentados seguindo o método fenomenológico proposto por Giorgi, no qual as *unidades de sentido* que emergiram das narrativas dos colaboradores da pesquisa são desvelados, culminando na descrição e compreensão dos fenômenos; enquanto a filosofia de Heidegger serviu como análise da discussão, se tornando possível a triangulação entre o campo teórico e empírico; e 5º) as reflexões finais desta dissertação, que trazem considerações sobre esta trajetória, dialogando com os objetivos, fenômenos encontrados, limitações e perspectivas futuras.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo é apresentada a fundamentação teórica que orienta a construção lógica, bem como a racionalidade que suporta o diálogo acerca da temática discutida nesta dissertação. Desse modo, este capítulo foi subdividido em três subtópicos que discorrem em detalhes sobre: 1) Percurso histórico sobre a política brasileira de cuidado ao paciente oncológico; 2) Dimensões psicossociais de um diagnóstico oncológico; e 3) O estado de ser-em-questão e a compreensão de sua finitude em Heidegger.

### 2.1. PERCURSO HISTÓRICO SOBRE A POLÍTICA BRASILEIRA DE CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

O câncer é uma doença crônica degenerativa com concepções sociais moldadas historicamente como uma doença dolorosa e sem cura (THEOBALD et al., 2016). Embora seja uma enfermidade contemporânea, há registros históricos pelos egípcios, persas e indianos, portanto, existente por aproximadamente 30 séculos antes de Cristo. Teixeira e Fonseca (2007), discorrem que os estudos sobre o câncer se desenvolveram a partir do advento da medicina ao longo dos séculos, por meio de uma compreensão de um tumor maligno e incurável até se tornar um problema de saúde pública.

A Oncologia é o campo científico dedicado ao estudo do câncer, investigando sua origem, desenvolvimento e progressão, bem como as possibilidades de tratamentos disponíveis. Sua caracterização é apresentada por diversos autores: a origem da palavra *câncer* vem do grego *karcinos*, significando caranguejo (SILVA e BOAVENTURA, 2011); sua etiologia remonta ao médico grego Hipócrates (460-340 a.C.), que descreveu diversos tipos de tumores, utilizando o termo para referir-se a neoplasias com características malignas (MCALEER, 2022); e a partir dos estudos da escola hipocrática grega (século IV a.C.) se definiu como um tumor duro que reaparecia após ser removido, e até mesmo poderia se espalhar para diversas partes do corpo, fenômeno definido como metástase (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

Neste período, o câncer era visto pelos hipocráticos como um desequilíbrio dos fluidos do organismo, decorrente de um desequilíbrio orgânico, ambiental ou/e hereditário (MCALEER, 2022). Com o passar dos séculos, o câncer continuou conhecido como um desequilíbrio de fluidos. Todavia, no século XV, com a descoberta do sistema linfático, passou a ser também considerado um desequilíbrio da linfa nos organismos que desencadearia a doença e a forma de tratamento para a (re)obtenção do equilíbrio seriam as sangrias. Apenas no século

XVIII, a doença passou a ser reconhecida como uma enfermidade de natureza localizada (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

Na década de 1840, Virchow (1845) descreveu as células cancerígenas como células autônomas derivadas de células do tecido de origem, ou seja, as células cancerígenas sempre se assemelhavam às células normais. Posteriormente, foi possível conhecer o processo de metástase como o resultado do transporte das células cancerígenas pela corrente sanguínea ou linfática para outras partes do corpo (MCALEER, 2022).

Desse modo, compreendeu-se que o câncer estava relacionado com as células, no entanto, os desafios ainda continuavam. Era o momento de aperfeiçoamento de procedimentos cirúrgicos e demais estratégias de tratamento (SILVA e BOAVENTURA, 2011). Estas ocorreram com o advento da medicina, tecnologia e demais áreas do conhecimento como a química e a física, as descobertas do raio X e radioterapia no final do século XIX e a quimioterapia, na metade do século XX (TEIXEIRA e FONSECA, 2007).

No início do século XX, alguns países compreendiam o câncer como uma questão de saúde pública e adotavam medidas para prevenção (MCALEER, 2022). Enquanto isso, no Brasil, as políticas públicas estavam focadas principalmente nas endemias (SILVA et al., 2017). A primeira iniciativa brasileira de combate ao câncer ocorreu em 1920, com a notificação compulsória dos casos e no registro como causa de óbito (BAHIA, 2018). Nesta época, parte dos brasileiros acreditava que a doença atingia a classe social da elite, uma vez que a doença da pobreza era a tuberculose (TEIXEIRA et al., 2012).

Ainda na primeira metade do século XX, médicos e intelectuais da época perceberam a necessidade de inspecionar e registrar estatisticamente diagnósticos, óbitos, exames laboratoriais, desinfecções nos domicílios onde houvesse caso da doença, tendo em vista que nesta época ainda se pensava na possibilidade de transmissibilidade da doença (TEIXEIRA et al., 2012). Desta forma, os dados epidemiológicos sobre o câncer, obtidos por meio de notificação e registros, impulsionaram para além da criação de unidades especializadas para o tratamento, a implementação de medidas e ações públicas com o objetivo de aumentar a conscientização da população sobre medidas de prevenção, bem como sinais e sintomas da doença (SILVA et al., 2017).

Com o aumento dos diagnósticos oncológicos que crescia significativamente na população, houve a necessidade de abrigar doentes que não tinham rede de apoio ou que eram considerados desenganados pela ciência durante o processo de tratamento; assim, surgiram, na Europa, asilos e hospitais para internação destas pessoas. No Brasil, ainda no século XVI, surgiram hospitais da Santa Casa da Misericórdia com o mesmo objetivo: abrigar estes doentes.

Muitos também eram tratados em suas residências com cuidados médicos e religiosos, bem como também com estratégia de cuidado paliativo (TEIXEIRA et al., 2012).

As instituições oncológicas se desenvolveram em todo o território nacional. Em 1929, nas instalações do hospital central da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, criou-se uma enfermaria especial para o tratamento de cancerosos. Posteriormente, em 1934, inaugurou-se uma instalação própria, e em 1936, por meio do Decreto Federal nº 1.146/1936, foi considerada de utilidade pública e passou a funcionar como um hospital filantrópico para o tratamento de câncer (TEIXEIRA et al., 2012).

As estratégias epidemiológicas das instituições públicas e filantrópicas desenvolvidas no Brasil nos anos 40 possibilitou as primeiras ações de prevenção e detecção precoce dos cânceres ginecológicos. (LIMA et al., 2023). Neste sentido, em 1937, foi estabelecida a regulamentação que criou o Centro de Cancerologia no Estado do Rio de Janeiro, dedicado exclusivamente ao tratamento e pesquisa do câncer (SILVA et al., 2017).

Finalmente, em 1941 foi instituído o Serviço Nacional de Câncer (SNC) pelo Decreto-Lei 3.643/1941 (BRASIL, 1941), atualmente denominado Instituto Nacional de Câncer (INCA), com diversas ações como a criação da Revista Brasileira de Cancerologia, o surgimento da Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC), e a criação, em 1962, do Comitê Nacional de Ensino de Cancerologia (CNEC).

Durante o período de redemocratização que se seguiu na década de 90, apresentaram-se diversas reformas na área da saúde. A Constituição de 1988 garantiu em seu Art. 196 que a saúde é “um direito de todos e dever do Estado”, e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com diretrizes que envolvem aspectos biopsicossociais (BRASIL, 1988).

Neste novo cenário, surgiu um processo de regulação no campo oncológico, destacados por Silva et al. (2017), como ilustrado na Figura 1.

Figura 1 – Processo de regulação no campo oncológico



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Esses aspectos regulatórios foram fortalecidos no Pacto pela Saúde de 2006, impulsionando as estratégias de prevenção e controle do câncer no Brasil, com reformulações dos critérios para habilitação de Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, bem como a criação de normativas na gestão da assistência oncológica, visando a integralidade do cuidado e a informação em saúde.

Concomitante a este processo histórico foram realizadas diversas conferências e congressos, nas quais fomentou-se reformulações institucionais e políticas com o propósito de alcançar o modelo de saúde biopsicossocial e a qualidade de vida no cuidado ao paciente com câncer.

Um exemplo disso foi a criação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), através da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, do Ministério da Saúde, e que contempla em um dos princípios: Art. 5º, inciso III, a “formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde” (BRASIL, 2013).

Ainda a PNPCC afirma a necessidade de um apoio multidisciplinar com atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação de rotina e de urgência, nas seguintes áreas: a) psicologia clínica; b) serviço social; c) nutrição; d) cuidados de ostomizados; e) fisioterapia; f) reabilitação exigível conforme as respectivas especialidades; g) odontologia; h) psiquiatria; e i) terapia renal substitutiva (BRASIL, 2013).

Recentemente por meio da Lei nº 14.238/2021, estabeleceu-se o Estatuto da Pessoa com Câncer, que, segundo o Art. 1º é destinado a: “assegurar e a promover, em condições de igualdade, o acesso ao tratamento adequado e o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com câncer, com vistas a garantir o respeito, à dignidade, à cidadania e à sua inclusão social” (BRASIL, 2021, p. 01). Nesse sentido, o Art. 2º reforça os princípios essenciais do Estatuto da Pessoa com Câncer, de modo a garantir:

- I - respeito à dignidade da pessoa humana, à igualdade, à não discriminação e à autonomia individual;
- II - acesso universal e equânime ao tratamento adequado;
- III - diagnóstico precoce;
- IV - estímulo à prevenção;
- V - informação clara e confiável sobre a doença e o seu tratamento;
- VI - transparência das informações dos órgãos e das entidades em seus processos, prazos e fluxos;
- VII - oferecimento de tratamento sistêmico referenciado em acordo com diretrizes preestabelecidas por órgãos competentes;
- VIII - fomento à formação e à especialização dos profissionais envolvidos;
- IX - estímulo à conscientização, à educação e ao apoio familiar;
- X - ampliação da rede de atendimento e de sua infraestrutura;
- XI - sustentabilidade dos tratamentos, garantida, inclusive, a tomada de decisão com vistas à prevenção de agravamentos e à socioeficiência;
- XII - humanização da atenção ao paciente e à sua família. (BRASIL, 2021, p. 01).

O Estatuto da Pessoa com Câncer fomenta o cuidado, acolhimento humanizado de profissionais e instituições que atuam no âmbito oncológico como garantia de seus direitos fundamentais. Além disso, investe em campanhas informativas para a comunidade em geral sobre estratégias de prevenção e acolhimento (SILVA e BERGMANN, 2022).

Como forma de ofertar uma abordagem interdisciplinar e atenção biopsicossocial no Brasil, o Estatuto da Pessoa com Câncer (BRASIL, 2021) destaca que um atendimento integral deve ser oferecido ao paciente com câncer de modo a suprir as suas necessidades de saúde contando com uma abordagem multidisciplinar, na qual inclui-se o direito de receber assistência psicológica. Ainda, a Resolução Normativa nº 211/2010, da Agência Nacional de Saúde (ANS), ressalta a “cobertura de consultas e sessões com [...] psicólogo”, na qual os planos privados de assistência à saúde devem oferecer “[...] cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido” (p. 03).

Segundo Sette e Gradwohl (2014), “o ajuste psicossocial ou adaptação ao câncer é um processo no qual cada paciente busca manejar seus sofrimentos, solucionar os problemas e conquistar certo controle acerca dos acontecimentos gerados pela doença” (p. 27). Neste contexto, a Portaria Nº 3.535/1998, do Ministério da Saúde, regulamentou a obrigatoriedade do profissional de Psicologia Clínica em instituições que atendam pacientes oncológicos.

Conforme seu item 3.5, além deste profissional o serviço deve incluir também a hemoterapia, pronto atendimento para as emergências oncológicas, nutrição, assistência social, terapia ocupacional e farmácia. O intuito de oferecer este suporte é promover o cuidado integral, de reabilitação e de melhorias das condições físicas e psicológicas para reintegração ao seu meio social (BRASIL, 1998).

A colaboração da equipe multidisciplinar se torna necessária neste cenário, principalmente por meio da interação de saberes e práticas clínicas, objetivando um olhar holístico sobre o fenômeno da vivência do diagnóstico e do tratamento oncológico, sob diferentes enfoques psicossociais: preventivo, restaurador, de suporte e paliativo (CARDOSO et al., 2013). Pensando nisso, se torna evidente os benefícios do acompanhamento da equipe multidisciplinar ao paciente e seus familiares, para que consigam observar individualmente ou com apoio psicológico os efeitos psíquicos e emocionais que o diagnóstico e tratamento oncológico trazem, para que com isso, como afirma Pinheiro (2021), possam pensar coletivamente e enfatizar o modelo biopsicossocial.

Neste cenário, a Psico-Oncologia busca proporcionar uma nova perspectiva sobre o câncer para profissionais de saúde, familiares e comunidade em geral, oferecendo uma compreensão do processo de adoecimento como resultado de fatores psicossociais, intermediando a compreensão das respostas psicológicas ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e sobrevivência; além de identificar as variáveis psicossociais e os contextos ambientais em que a intervenção psicológica pode auxiliar no processo de enfrentamento da doença ressaltando a importância desta área especializada na atenção, acolhimento e atendimento a estes pacientes (CAMPOS et al., 2021; COSTA JUNIOR, 2001).

A relevância da Psico-Oncologia é reafirmada pelas evidências tanto no campo técnico de atuação, como em pesquisas (MACÍAS et al., 2017); além disso, tem seu foco na promoção da qualidade de vida das pessoas com câncer, explorando duas dimensões cruciais no diagnóstico do câncer: 1) o impacto emocional do câncer nos pacientes, suas famílias e profissionais de saúde envolvidos no tratamento; e 2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência ao câncer (CAMPOS et al., 2021; SILVA e BOAVENTURA, 2011).

No campo do Sistema Único de Saúde (SUS) o paradigma de cuidado em saúde é a abordagem de reabilitação psicossocial, valorizando dimensões que vão além, considerando diversas necessidades humanas, abarcando a historicidade, cultura e vida cotidiana do indivíduo doente, incluindo profissionais, familiares, cuidadores e comunidade (CAMPOS et al., 2021; MACÍAS et al., 2017). Neste processo, a Psico-Oncologia atua neste enfoque com apoio

psicoemocional e complementar no tratamento clínico, preocupando-se com os impactos indiretos da doença na família (MACÍAS et al., 2017).

Historicamente, as Organizações Não Governamentais (ONGs) foram atuantes no acompanhamento das pessoas vítimas de câncer, criando estratégias sociais para oferecer suporte domiciliar e emocional durante o tratamento oncológico, como casas de apoio (SILVA et al., 2020). Segundo alguns autores, estas instituições, sem uma definição clara na literatura, estão presentes em todo o país com o intuito de proporcionar um ambiente domiciliar ao paciente e seus acompanhantes, os aproximando de contextos familiares e distanciando-se do hospitalar, de modo a possibilitar melhor qualidade de vida ao longo do tratamento (FERREIRA et al., 2015; SILVA et al., 2020).

Assim, conforme exposto, houve, na política de cuidado oncológico, um processo de evolução de estratégias de cuidado ao paciente oncológico, como a mudança de paradigma em saúde desde o modelo biomédico, passando pelo biopsicossocial em saúde, até a atenção psico-oncológica. Entretanto, estas mudanças ainda se encontram em constante evolução e são muitos os desafios a serem enfrentados para minimizar os sofrimentos gerados pelo câncer e seu tratamento, a fim de possibilitar ao paciente novos sentidos e vivências em relação a sua doença.

## 2.2. DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DE UM DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

As representações sociais são formadas por um sistema de valores, ideias e práticas, desempenhando uma dupla função. Primeiramente, estabelecem uma ordem que permite às pessoas orientarem-se em seu mundo material e social para controlá-lo. Em seguida, por meio da comunicação entre os membros de uma comunidade, nomeiam e classificam de maneira inequívoca os diversos aspectos de seu mundo e de sua história individual e social, contribuindo para a formação de novas ideologias de forma conjunta (CUNHA et al., 2017). Nesse sentido, as definições de saúde e doença podem assumir diferentes representações sociais de acordo com os grupos, classes sociais, indivíduos e famílias (MACÍAS et al., 2017).

O sujeito acometido por um diagnóstico oncológico não apresenta apenas signos patológicos e um corpo doente, mas também dimensões psicossociais, subjetivas e singulares envolvidas no adoecimento. Sobre o diagnóstico de câncer, Carvalho (2002) reflete que independentemente do tipo, há um impacto profundo no bem-estar psicológico e emocional do paciente; que embora a doença seja física, o sofrimento é multidimensional e está ligado a sintomas psíquicos, estresse psicológico, questões existenciais e preocupações sociais, como aspectos transitórios por meio da compreensão do indivíduo, com base em duas distintas

perspectivas: a dicotomia e a articulação entre o corpo e a mente.

Desde a medicina ocidental, Hipócrates e Galeno percebiam que a mente e o corpo são partes do mesmo organismo, no qual a saúde se dá pela relação entre o equilíbrio e as partes constituintes do indivíduo (CARVALHO, 2002). A discussão entre corpo e mente se modificou conforme cada contexto histórico, político, cultural e social. Na Idade Média a divisão entre corpo e alma era baseada na crença predominante de que as doenças eram castigos divinos. No Renascimento, Descartes com sua proposição de separar a mente e o corpo, possibilitou avanços no estudo das doenças físicas. No entanto, isso favoreceu a visão do ser humano como uma composição de partes separadas; enquanto que na medicina oriental o homem sempre foi compreendido como uma unidade indivisível (THEOBALD et al., 2016).

Alguns paradigmas permearam o cuidado em saúde. A visão cartesiana, origem do modelo biomédico, considera a doença pelo enfoque fisiológico, desencadeada por um desequilíbrio bioquímico ou demais motivos, que não estavam interligados com os processos psicológicos e sociais (MENDONÇA e CAMARGO JUNIOR, 2016). No final do século XIX, Freud trouxe uma nova perspectiva para a compreensão dos fatores do adoecimento, no qual fatores psíquicos, sociais e psicológicos podem ser desencadeadores de doenças, e não apenas biológicos (CARVALHO, 2002). Já no Brasil, a reforma sanitária dos anos 70 possibilitou a compreensão de que múltiplos fatores internos e externos ao indivíduo alteram sua condição de saúde, e neste sentido, determinantes sociais da doença passam a ser considerado e o modelo biopsicossocial tem sua origem no campo da saúde (ALMEIDA et al., 2022).

Segundo Carvalho et al. (2008), médicos e estudiosos da área reconhecem os aspectos psicossociais envolvidos na incidência, evolução e remissão do câncer, ocorrendo cada vez mais, por exemplo, a inserção de psiquiatras nas equipes de tratamento e posteriormente de psicólogos, para repensar as estratégias, focando em intervenções mais humanizadas e de cuidado deste paciente. Silva et al. (2016) aponta que:

Frente ao inesperado do adoecimento, o sujeito precisa de tempo para elaborar as intervenções, as mudanças e todas as mutilações que ocorrem sem que ele tenha controle sobre elas. É preciso trabalho psíquico para que o sujeito assimile sua nova condição e, assim, consiga se reorganizar e criar novos modos de viver. Nesse contexto, a atuação da psicologia pode ser fundamental, permitindo que o paciente fale, coloque em palavras o momento vivido, seja escutado e se escute em sua fala. Ao oferecer um espaço de fala ao paciente, é garantido seu lugar de sujeito frente ao tratamento, afastando-o da visão de corpo-objeto de intervenções da medicina (p. 48)

Um dos fatores psicossociais que envolvem o paciente com câncer e construídos historicamente, é o estigma de uma doença incurável. Ferreira et al. (2015) afirmam que ao

receber um diagnóstico de câncer alguns pacientes apresentam a sensação de que estão recebendo uma sentença de morte, tendo dificuldade até mesmo de mencionar a palavra câncer. Esta é uma compreensão histórica e cultural desenvolvida ao longo dos anos que associa as representações sociais com foco nas reflexões sobre a finitude humana.

O surgimento de uma doença geralmente desencadeia incertezas sobre o futuro, o tratamento e seus possíveis efeitos colaterais, bem como sobre mudanças na rotina e na privacidade devido a hospitalização. Esses fatores podem levar a uma percepção negativa da doença pela sociedade e pelos próprios pacientes, criando tabus que associam a doença à morte, incerteza, sofrimento, medo e insegurança em relação ao desconhecido (DIB et al., 2022).

O câncer desencadeia reações orgânicas e emocionais diversas apresentadas por autores. Theobald et al. (2016) afirmam que a doença provoca sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos. Singer (2018) afirma que muitas vezes o diagnóstico oncológico é apenas a comprovação de algo que já era cogitado pelo paciente pelos sinais e sintomas que já vinha experienciando; normalmente é comum choque e negação, frequentemente seguidas por episódios de depressão, ansiedade e/ou raiva. Dib et al. (2022) correlacionaram o diagnóstico à ideia de finitude e sofrimento, ocasionando implicações biopsicossociais para o paciente e seus familiares.

Ao receber um diagnóstico oncológico o paciente se apropria de representações sociais, predominantemente uma narrativa de sofrimento. O estigma de uma doença considerada "fatal" é persistente, e o tratamento, além dos efeitos colaterais, frequentemente resulta em mudanças no autoconceito, autoimagem, autoestima e independência (DIAS e NUNES, 2022; WANG e FENG, 2022).

Além disso, um diagnóstico de câncer pode apresentar também efeito deletério na saúde mental, no bem-estar, e por conseguinte, na qualidade de vida do paciente, sendo comuns: transtorno depressivo maior, de ansiedade generalizada, de adaptação, de pânico e de estresse pós-traumático (NIEDZWIEDZ et al., 2019).

Os pacientes podem perder seus papéis ocupacionais e sociais, experimentar uma redução no desempenho ocupacional devido a fadiga e o tratamento; e enfrentar dificuldades nos relacionamentos sociais e nas atividades que antes lhes traziam prazer (DIAS e NUNES, 2022). Carvalhão et al. (2018, p. 85) afirmam que “o diagnóstico de uma doença oncológica pode estar associado a um aumento do risco de suicídio, na medida em que se constitui como um importante fator de estresse, causador de sofrimento físico e psicológico”, bem como, a possibilidade de gerar distúrbios de saúde mental.

Pesquisas diversas apresentam a relação de diagnósticos de câncer com sofrimentos

psíquico graves. Fortin et al. (2021), em estudo teórico com meta-análise de 39 casos, concluíram na prevalência de sintomas clinicamente significativos para o câncer de mama: 39% para o sofrimento inespecífico, 34% para ansiedade, 31% para estresse pós-traumático e 20% para depressão.

No caso de pacientes ambulatoriais, a prevalência de transtorno de adaptação varia entre 25% e 30% (CARVALHO et al., 2008). Além disso, outros estudos definem que vários fatores interagem para influenciar o desenvolvimento de depressão e ansiedade entre pessoas com câncer. Niedzwiedz et al. (2019) indicam os fatores individuais como os fatores demográficos de idade e gênero, fatores sociais e econômicos, como desemprego, menos qualificações educacionais e falta de apoio social, bem como presença de problemas de saúde mental pré-existentes como fatores que aumentam o risco destes transtornos em pacientes com câncer. Ainda, o estigma que rodeia tanto a doença mental como certos tipos de câncer, como o câncer de pulmão que pode levar a sentimento de culpa e vergonha, podendo contribuir para o aparecimento da depressão (YILMAZ et al., 2019).

Desta forma, sentimentos de desesperança, perda de controle e incerteza em torno da sobrevivência e da morte também podem ter impacto nestes transtornos psíquicos, particularmente em pacientes com um prognóstico desfavorável (WANG e FENG, 2022). Também, a ansiedade em torno de um diagnóstico do câncer pode comprometer a qualidade de vida, interferindo no sono e alimentação, podendo assim aumentar o risco de depressão (HOWELL et al., 2014). O comprometimento da saúde mental pode vir a afetar a resposta do sistema imunológico, nesse sentido é “importante que esses sintomas sejam detectados o mais precocemente possível para que o paciente possa ser medicado e o problema possa ser eventualmente atenuado ou eliminado” (FONSECA e CASTRO, 2016, p. 58).

Os efeitos advindos do câncer nos pacientes e sobreviventes são complexos e sutis, podendo ser analisados por duas perspectivas: temporal e funcional. Ainda, as experiências prolongadas dos pacientes e sobreviventes com o câncer são divididas nos seguintes estágios: pré-diagnóstico, pós-diagnóstico antes do tratamento, curto prazo após o tratamento e longo prazo após o tratamento. Cada fase apresenta desafios e demandas distintas (NIEDZWIEDZ et al., 2019).

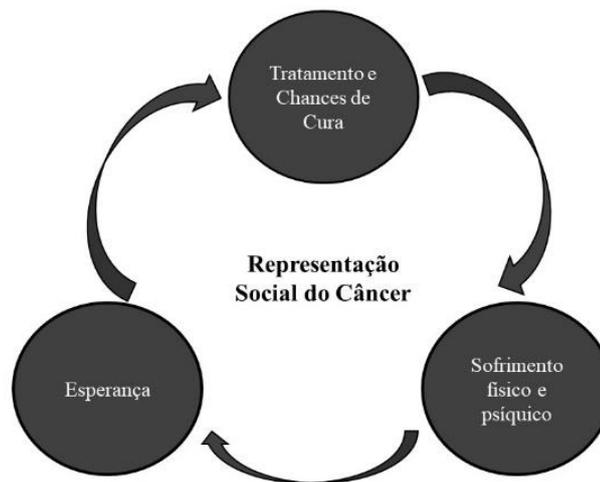
Devido as representações sociais do câncer e sentidos atribuídos a um diagnóstico oncológico Oliveira e Andrade (2019) afirmam que “para que os estigmas que envolvem o câncer enfraqueçam no imaginário das pessoas, é preciso que as representações envolvidas nessa doença sejam reformuladas” (p. 47).

No caso do câncer, as palavras que geralmente compõem o núcleo central de maior

importância da representação social são tratamento, morte, medo e tristeza; seguida de dor, sofrimento, desespero, preocupação, incurável e família, nas quais compõem dimensões negativas da representação, refletindo a adaptação social e psicológica dos pacientes ante seu diagnóstico (FERREIRA JUNIOR et al., 2022).

Desta forma, a representação social do câncer está associada numa tríade cognitivo-afetiva, que mostra uma doença, com tratamento e chances de cura por meio dos recursos de enfrentamento (suporte sociofamiliar, espiritualidade, busca ativa de informações entre outros), o que gera esperança no paciente. Por outro lado, a doença pode ser considerada a mais temida com possibilidade de gerar sofrimento, ocasionando dor física e psíquica (DIB et al., 2022).

Figura 2 – Tríade Cognitivo-Afetivo da Representação Social do Câncer



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

Na dimensão social também é perceptível algumas mudanças após o recebimento de um diagnóstico oncológico, como: alterações na rotina, mudanças em relação à dinâmica familiar, reestruturação dos papéis familiares, mudanças nas relações conjugais, mudança social e profissional como a saída temporária do trabalho, alteração nas relações interpessoais e financeira, deslocamentos contínuos a unidades de saúde, interferência nos cuidados de higiene e atividades de lazer e dependência de terceiros (SETTE e GRADVOHL, 2014).

O julgamento social a partir de mudanças físicas ocasionadas pelas sequelas do tratamento oncológico dificultam esta reinserção, como a alopecia, emagrecimento, ou mesmo a dificuldade das pessoas de não desejar ser reconhecido como paciente de câncer (WANG e FENG, 2022). As distinções que perpassam estes conflitos geralmente são conjugais ou/e pelo uso abusivo de álcool por familiares, bem como diminuição gradual do círculo de amigos (NIEDZWIEDZ et al., 2019).

Por outro lado, fatores sociais assertivos no contexto oncológico também são evidenciados, como fortalecimento familiar e da rede de apoio, aprofundamento espiritual e práticas ritualísticas, desenvolvimento de hábitos saudáveis com a inclusão de um estilo de vida mais ativo fisicamente e nutritivo (DIB et al., 2022; KOLANKIEWICZ et al., 2014; SANCHEZ et al., 2010). Nesse mesmo sentido, observa-se por parte dos pacientes a expressão de sentimentos de gratidão pela vida e por conseguir observar e valorizar pequenas situações em seu cotidiano (FERREIRA et al., 2015). De acordo com Santos e Serralta (2019, p. 312), devido ao câncer, os pacientes “passaram a valorizar coisas simples que antes passavam despercebidas, assim como a vontade de “melhorar enquanto pessoa”, resolvendo atritos passados e deixando mágoas e rancores de lado, sendo mais afetivos com as pessoas a sua volta”. Segundo Leitão et al. (2013, p. 121):

Apesar do temor diante da confirmação de uma enfermidade associada ao sofrimento e à possibilidade de morte, e de estarem em uma fase de assimilação e compreensão da nova condição de adoecimento, também é perceptível o discurso esperançoso e a expectativa de cura, que se manifestam quando associados à possibilidade de sucesso do tratamento proposto.

Este discurso esperançoso e expectativa de cura como apontam Leitão et al. (2013) muitas vezes está relacionado com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, pois é por meio da instabilidade da continuidade da vida, momentos de dor e sofrimento que sujeitos buscam apoio emocional na transcendência.

Outra possibilidade de ressignificação está na espiritualidade, considerado por Dib et al. (2022) como o recurso mais utilizado para lidar com a vivência de um diagnóstico oncológico; e que tem sido empregada como uma ferramenta complementar no enfrentamento de adversidades, na aceitação dos tratamentos, na motivação dos pacientes e no conforto das famílias (ARAÚJO et al., 2022). Além disso, se tornou uma forma de buscar o alívio ao sofrimento vivenciado pelo paciente, proporcionando esperança e conforto para reinterpretar sua nova condição de saúde e qualidade de vida (PALLINI et al., 2019).

Por outro lado, a literatura mostra alguns benefícios aos pacientes em tratamento oncológico concomitante ao psicológico. Linares-Fernandez et al. (2017), ao realizarem pesquisa com 15 homens e 21 mulheres, por meio da entrevista e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), constataram que pacientes que recebem a intervenção psicológica obtiveram níveis mais baixos de ansiedade e depressão e tiveram uma percepção mais adaptável à passagem do tempo e um estado de espírito mais positivo comparado àqueles que não receberam intervenção psicológica.

Fonseca e Castro (2016) corroboram com essa ideia, quando reportam que os pacientes que realizaram acompanhamento psicológico durante o tratamento apresentaram melhora do estado geral de saúde, afirmando que “melhor tolerância aos efeitos adversos da terapêutica oncológica, melhora da qualidade de vida além de proporcionar uma melhor comunicação entre paciente, família e equipe” (p. 67).

Como vimos, o recebimento do diagnóstico oncológico pode gerar intercorrências emocionais, trazendo danos para a saúde mental, familiar e social, interferindo em todas as áreas em que o sujeito está inserido. Por estes motivos, as políticas públicas, a psico-oncologia e as equipes multidisciplinares devem pensar e executar novas estratégias de cuidado humanizado integral, que possibilite o protagonismo e qualidade de vida do sujeito acometido por um diagnóstico oncológico.

### 2.3 O ESTADO DE SER-EM-QUESTÃO E A COMPREENSÃO DE SUA FINITUDE EM HEIDEGGER

A filosofia desenvolvida por Martin Heidegger é considerada uma das mais importantes do século XX, com diversos autores que apresentam reflexões pelas suas contribuições sobre a existência humana a partir da interrogação do sentido do Ser, por meio da ontologia fundamental (BRAGA e FARINHA, 2017), no qual busca a compreensão ampla e original do Ser em si mesmo, que não esteja vinculado a um ente específico (GUEDES, 2020). Assim, a intenção que orienta todo o desenvolvimento de suas obras, manifesta-se na necessidade de reavaliar a questão do significado da unidade do sentido do Ser na diversidade de suas acepções (ZUBEN, 2011). É diante dessa reintrodução do problema do Ser quanto pela e renovação da ontologia contemporânea a partir da fenomenologia husserliana que Heidegger se fundamenta (CEREZER et al., 2012).

Martin Heidegger nasceu em 26 de setembro de 1889, em uma pequena cidade sulista alemã, *Messkirch*, filho de Friedrich Heidegger e Johanna Heidegger. Cresceu em um ambiente católico e simples em meio a uma vila de camponeses. Devido ao envolvimento com a Igreja, recebeu uma bolsa de estudos e ingressou no seminário católico entre 1903-1909 na cidade alemã Constança. Neste período teve acesso a outros pensamentos e filosofias de pensadores modernos, como o ateísmo, a filosofia do inconsciente, a psicanálise, o humanismo liberal de Nietzsche (VAHL, 2010).

Na Universidade de *Freiburg-in-Breisgam*, Heidegger iniciou seus estudos em Teologia e Filosofia. Segundo Vahl (2010, p. 70), ele “era um aluno esforçado e determinado, desde cedo

sempre procurou seguir seu próprio caminho nas atividades intelectuais, onde não se mostrava atraído pelas tendências e correntes de seu tempo, seu pensar sustentava-se no chão firme de sua fé”. Zuben (2011) ainda complementa que Heidegger teve a oportunidade de estudar as investigações lógicas de Husserl, tornando-se seu aluno e posteriormente seu assistente na Escola Fenomenológica.

Em 1907, Heidegger teve acesso a dissertação de Franz Brentano o que transformou seu pensamento diante da filosofia de Husserl, no qual aprofundou radicalmente a questão ontológica subjacente na teoria da intuição e na ontologia formal husserliana. Isto o conduziu a conceber uma Ontologia Fundamental, no qual a questão do *Ser* só pode ser respondida através da análise do modo de existir do único ente capaz de compreender o ser e expressar essa compreensão na linguagem, o próprio homem (CEREZER et al., 2012).

Heidegger com críticas ao intelectualismo e cartesianismo de Husserl e profunda insatisfação com o tom metafísico na busca das essências da consciência abandonou os termos *consciência* e *intencionalidade*, que eram centrais na fenomenologia de Husserl, desenvolvendo outras proposições na fenomenologia, resgatando a historicidade essencial da natureza humana (MOREIRA, 2010).

Seus estudos sempre se voltaram aos pensamentos de Aristóteles, Kant e Hegel, nos quais girou em torno do sentido de Ser, seus modos e maneiras de enunciação e expressão, estruturou-se sobre conceitos fundamentais da fenomenologia existencial, como *Dasein*, *ser-no-mundo*, *angústia* e *decisão* (ALMEIDA e DE PAULA, 2020).

Como Vahl (2010, p. 79) afirmou, “o projeto de Heidegger é ambicioso, recuperar o sentido do ser, desde uma relação própria e originária do homem com o próprio ser, a qual ele dará o nome de *existência*, designada no termo alemão *Dasein* (ser-aí)”.

Ser é o conceito mais universal para Heidegger, pois está constantemente presente em nossa interação cotidiana com o mundo. No entanto, Braga e Farinha (2017) afirmam simultaneamente o mais obscuro, exigindo, portanto, discussão e reflexão. Por isso, em 1927 publica sua primeira obra “Ser e tempo”, que deu início a suas reflexões sobre o sentido de Ser, enquanto a existência do ser humano ontológico (ZUBEN, 2011).

Heidegger fundamenta para a compreensão do Ser e para o desenvolvimento de sua obra em sua totalidade, esse Ser - anteriormente "aí" - que se encontra no mundo, sua existência, sua temporalidade e a compreensão de sua finitude, onde Heidegger reflete que a facticidade que o ser humano traz consigo a questão do ser em sua essência, por meio desse estado de ser-em-questão (CEREZER et al., 2012).

Diante disso, ele propõe o conceito de *Daisen* que significa ser-aí no verbo alemão e

embasa o esclarecimento do que significa o sentido de Ser. Esta análise fundamental de *Daisen* consiste na análise fenomenológica do modo de ser do homem no "aí" do mundo, ou seja, no "aí" de sua existência (GUEDES, 2020). Este termo procura evidenciar como a questão do ser se apresenta para os seres humanos, que contrário de outros seres, está "*onticamente assinalado*". Portanto, nosso modo singular de existência consiste em tornar-se, em vir a ser o que se é, em uma relação íntima com nossa própria essência (BRAGA e FARINHA, 2017).

A análise do *Dasein* não tem como objetivo obter o sentido do Ser em sua totalidade como se pudesse ser extrapolado do ser humano, seja por meio de uma autoanálise psicológica rigorosa, seja como um produto de uma antropologia filosófica apropriada. No entanto, a temporalidade do sentido é o que possibilita ao ser humano alcançar um entendimento autêntico de sua existência, pois transcende o próprio *Dasein* (GUEDES, 2020).

Diante deste contexto, surge mais um conceito fundamental para Heidegger a *temporalidade*, no qual é pela vivência da temporalidade que surge a oportunidade de abordar o problema do Ser por meio de uma nova perspectiva, a do horizonte temporal. Heidegger compreendendo a existência humana a partir da temporalidade expressa que “estamos abertos então no presente, pela memória do passado, do já-ter-sido, mas porque ainda estamos abertos para o vir-a-ser” (SEIBT, 2015, p. 92). Desse modo, vivemos com uma possibilidade de escolher um modo de viver, ir além do si mesmo, do aqui e agora, além do ente, ou seja, transcender.

A questão do Ser é o campo do estudo desde a antiguidade clássica trazida pelos gregos, mas o ser não é solitário, ele está e é constituído por um mundo, ou seja, para Heidegger o nosso *Dasein* está relacionado com um ente (ZUBEN, 2011). Desse modo, se tornaria necessário analisar o sentido do Ser, da existência e do ente. Segundo Heidegger (2015), o “ente” se refere a muitas coisas e pode ser representado por diferentes sentidos, pode ser o que falamos e como nós mesmos somos. Assim, a compreensão do ser que emerge intrinsecamente do próprio ser, com as potencialidades mediadas pelas realizações que compõem o dia a dia desse ser. O ser humano é o único ente cuja modalidade de existência engloba a capacidade de se questionar, pois em seu horizonte está a condição fundamental de indeterminação e a dimensão tangível da própria problemática do ser (BRAGA e FARINHA, 2017).

Heidegger preocupa-se em distinguir dois planos para a compreensão do sentido de Ser, sendo o ôntico que refere-se à explanação da existência do *Dasein*; e o ontológico que foca na apresentação das estruturas existenciais do ser que constituem o *Dasein*, sendo elas a temporalidade, espacialidade, disposição, compreensão, cuidado, queda, ser-no-mundo, ser-com-os-outros e ser-para-a-morte (MOREIRA, 2010).

É diante da existência do *Dasein*, caracterizada pela abertura do mundo e do sentido do ser, bem como pela liberdade, que ocorre dentro desses existenciais. Assim, as condições de possibilidade de uma existência dependem dos horizontes da própria condição humana (CEREZER et al., 2012).

Por isso o homem é um ser-aí ou presença, é dinâmico, projetando-se para fora, transcendendo em relação com o ser-no-mundo (HEIDEGGER, 2015). É neste processo que é possível a constituição ontológica de homem.

O homem é “jogado” no mundo, recebe o mundo já dado. Mas o mundo só é mundo para ele enquanto pode transformá-lo, assumi-lo, dar-lhe sentido, pelo seu projeto. O homem está no mundo, depende do mundo pelas suas dimensões de espaço-tempo, mas, pela abertura do homem ao ser, pela sua disponibilidade ao dar-se do ser, confere sentido ao mundo pela linguagem. É pela sua transcendência ao mundo-dado que o homem faz do mundo-dado um mundo humano, mundo verdadeiramente mundo. Se dissermos que o homem está no mundo, podemos acrescentar que o mundo está no homem, pois que dele recebe sentido, pois é ele o único ente aberto ao ser. E aberto pela consciência. (DETTONI et al., 2016, p. 107).

Desse modo Heidegger (2015), descreve as principais estruturas existenciais do *Dasein* em ser-no-mundo, ser-com-os-outros e ser-para-a-morte. Ser-no-mundo alude a um fenômeno único, porém amplo e complexo, pois o mundo, como resultado de uma totalidade de significados, não é independente do *Dasein*, e este, enquanto busca constante de sentido, não é um ser etéreo separado do mundo.

Segundo Seibt (2015, p. 84), “o ser humano não é uma ideia, uma essência, independente e existente em si mesmo, deve ser pensado de dentro de uma situação”. Desse modo, o ser-no-mundo refere-se a uma possibilidade, um projeto, uma totalidade de entes que se constitui em um mundo. Também, “não teríamos de ser humano se não fosse “em” e o “com”, em um mundo e com os entes que se encontram neste mundo” (SEIBT, 2015, p. 89).

Nesse sentido, “ser-no-mundo revela que ele é ao mesmo tempo junto das coisas e junto dos outros e consigo mesmo” (CARDINALLI, 2015, p. 250). O que sustenta a ideia de ser-com-os-outros, no qual o homem é constituído em um mundo e com os outros como aponta (CRITELLI, 1978, p. 78):

Os outros não são aqueles com quem o indivíduo convive, nem aqueles que o completam; os outros “constituem-no”. Sem o outro, o indivíduo não é. A ideia corriqueira e metafísica da coexistência é de que esta é uma decorrência de indivíduos já existentes juntarem-se uns aos outros. Ela seria um “resultado”. Primeiro, haveria a manifestação de indivíduos, depois sua relação (social), como decorrente de um encontro. No caso da fenomenologia, a coexistência não é um resultado, mas condição ontológica, uma condição que lhe é dado existir.

O *Dasein* é um ser-para-a-morte na medida em que é somente nesse momento que encerramos a concretização de nossas potencialidades de ser. Enquanto estamos vivos, somos uma abertura, imersos no processo de tornar reais nossas possibilidades e, portanto, continuamente nos realizando enquanto indivíduos (BRAGA e FARINHA, 2017). Assim, estamos incompletos e apenas atingimos a totalidade com a morte, pois antes desse momento estamos continuamente concretizando nossas capacidades de ser, enquanto com ela nossas oportunidades se fecham (MOREIRA, 2010). A vivência da morte, individual, intransferível e singular, delimita, portanto, a limitação do ser, no qual ele retornará ao estado anterior do nada (ZUBEN, 2011).

O mundo para Heidegger não é um espaço geográfico e sim fenomenologicamente como o ser dos entes, “são as coisas, as coisas naturais e as coisas “dotadas de valor” (HEIDEGGER, 2015, p. 110). Heidegger traz o conceito ontológico de *mundanidade*, sendo definido como estrutura de um momento constitutivo de ser-no-mundo e por si só um existencial (GUEDES, 2020). Portanto, a complexa totalidade da existência se evidencia na mundanidade, na convivência entre o *Dasein* e o mundo. Tanto o significado do mundo quanto o do *Dasein* se revelam em um ciclo hermenêutico, caracterizado pelo movimento no qual a compreensão do mundo requer a referência ao *Dasein* e vice-versa, sendo inviável conceber o significado de um sem o outro (CARDINALLI, 2015).

Para Heidegger (2015, p. 247), o ser-no-mundo está sempre em decadência, no qual “a cotidianidade mediana da presença como ser-no-mundo aberto na decadência que, lançado, projeta-se e que, em ser junto ao “mundo” e em seu ser-com-os-outros, está em jogo o seu poder ser mais próprio”. Assim, a decadência não se refere a um conceito pejorativo, mas para Heidegger, refere-se a um conceito ontológico de movimento. Heidegger também associa o conceito de angústia se referindo a uma articulação entre o ser-aí e seu caráter de poder-ser, isto é um estado essencial da existência humana, que evidencia a precariedade e a temporariedade inerentes à condição humana (CARDINALLI, 2015), no qual:

A angústia é aquilo que acomete o ser-aí, sem que seu porquê, sua causa, suas relações de causalidade sejam identificáveis, mas simplesmente introduz na ordem e no cosmos da vida cotidiana uma desordem e uma sensação de caos que desestabiliza aquilo que estava até este momento bem estabelecido, justificado, explicado. Aquilo que não apresentava ou representava nenhum grande problema, abre-se como um precipício, em que a teia de relação com a “realidade” se desfaz. Não há nada que se mostre como causa, nem objeto e nem evento definido. Simplesmente o ser-aí é tomado pelo desconforto e insegurança. Como se aquilo que antes fazia sentido dentro da totalidade da vida, agora, na média em que se desfazem as remissões que unem o todo numa grande ordem lógica, perdesse sentido. (SEIBT, 2015, p. 148-149).

A angústia, ao trazer a sensação de alienação e desamparo, da falta de familiaridade e acolhimento, pode facultar ao ser humano a aquisição de suas potencialidades, tornando-se mais livre para abraçar sua própria essência. Desta forma, abre-se a oportunidade para o indivíduo, que na experiência da decadência compreende a si mesmo em relação ao universo e à percepção pública, aproximando-se de suas características mais genuínas e possibilidades mais intrínsecas (CARDINALLI, 2015).

Para Heidegger, as coisas não estão nelas mesmas, estão projetadas. “O projeto é um estar lançado, um lançar-se, um ser-jogado em jogo. O ser do ser-aí está em jogo. Este ente é o ente para quem seu ser lhe importa” (SEIBT, 2015, p. 154). Desse modo, para Heidegger o projeto está na constituição da presença, do ser que da abertura para poder-ser.

Por isso, o ser-aí ao ser jogado no mundo oncológico após recebimento do diagnóstico em meio a facticidade, temporalidade e a ocupação, passa a encontrar maneiras de existir em meio as suas angústias e transcendendo a sua relação com o ser-no-mundo.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica, fundamentado no modelo empírico-compreensivo proposto por Amedeo Giorgi (2008), visando alcançar uma descrição final dos elementos essenciais e consistentes da experiência individual de cada participante a um fenômeno específico, neste caso ao diagnóstico oncológico.

A pesquisa ocorreu em duas etapas: (i) estudo teórico na literatura sobre vivências no cotidiano psicossocial ocasionadas por um diagnóstico oncológico e nos documentos governamentais e não governamentais; e (ii) estudo empírico que buscou compreender os significados atribuídos pelos colaboradores sobre a sua vivência ao receber um diagnóstico oncológico, sendo analisadas por meio da fenomenologia de Heidegger.

Durante este percurso foi possível triangular os resultados dos estudos teóricos e empírico, articulando com narrativas trazidas pelos colaboradores da pesquisa, sendo dialogadas com referenciais teóricos.

#### 3.1. A INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA

O método qualitativo, empregado neste estudo, é um modelo teórico de significações das informações empíricas que são produzidas ao longo do processo. Este método possibilita o envolvimento do pesquisador com o campo pesquisado, reconhecendo o cenário social, constituindo-o ao mesmo tempo em que se torna constituído pelo campo (PERES, 2019).

Neste sentido, este método científico permite explorar valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, aprofundando na complexidade de fenômenos, fatos e processos, indo além do observável ao fazer inferências e atribuir significados aos comportamentos (PATIAS e VON HOHENDORFF, 2019).

A pesquisa qualitativa ocorre como um processo, pois se definem e redefinem seus procedimentos e percurso no decorrer dos aspectos metodológicos. Durante este processo surgem representações teóricas, em que ocorre a necessidade de introduzir novos instrumentos e espaços no decorrer da pesquisa (MARTINS, 2004). Desse modo, “fazer ciência é manter o desafio de desenvolver nossos pensamentos em relação ao modelo teórico em construção, no qual nos permite significar aspectos diferentes do problema estudado, fato que ocorre em um processo [...]” (REY, 2006, p. 81).

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela construção de um modelo teórico com via de significações da informação produzida, a qual não está fragmentada em resultados parciais associados aos instrumentos usados, mas está integrado em um sistema cuja inteligibilidade é produzida pelo pesquisador. (REY, 2005; p. 103).

Na pesquisa qualitativa, a realidade é concebida como múltipla e subjetiva, no qual as experiências individuais e percepções dos participantes são consideradas aspectos valiosos e relevantes (STENFORS et al., 2020). Sendo assim, a construção da realidade ocorrer em colaboração entre pesquisador e participante, por meio das vivências individuais de cada indivíduo.

Nesse contexto, há ausência de neutralidade, compreendendo que constantemente que nós, pesquisadores, estamos influenciando e sendo influenciados pelo objeto de estudo (WILLIG, 2019). Por isso, a lógica da pesquisa qualitativa é indutiva, partindo de observações específicas para a formulação de generalizações, no qual a teoria emerge das percepções dos participantes da pesquisa (MADILL e GOUGH, 2016).

Compreender implica no pesquisador ter a capacidade de se colocar no lugar do outro, reconhecendo que, como seres humanos, se é capaz de desenvolver tal empatia. Desse modo, a compreensão ocorre quando se considera a singularidade de cada indivíduo, no qual sua subjetividade reflete a experiência de vida única (MADILL e GOUGH, 2016).

No entanto, é necessário reconhecer que a experiência individual é moldada pelo contexto histórico e cultural ao qual o indivíduo está inserido. Ademais, toda compreensão é limitada e incompleta, tanto a do entrevistado, cuja compreensão de sua própria vida e mundo pode ser contingente e parcial, quanto a dos pesquisadores, que são sujeitos a limitações em seu entendimento e interpretação (MARTINS, 2004; MINAYO, 2012).

Nessa busca de compreender o fenômeno, é necessário se atentar às contradições do compreender, como ressalta Minayo (2012), que a ação e a linguagem são marcadas por conflitos e contradições decorrentes do poder, das relações sociais, das desigualdades e dos interesses individuais e sociais. Para tanto, a interpretação do que se estuda torna-se um processo contínuo que segue a compreensão e está intrinsecamente ligada ao fato de toda compreensão conter em si a possibilidade de interpretação. Portanto, a interpretação do fenômeno surge existencialmente da compreensão deste, uma vez que interpretar é dar sentido às possibilidades reveladas pelo ato de compreender (MINAYO, 2012; PATIAS e VON HOHENDORFF, 2019). Desse modo, este método de pesquisa é estritamente fundamental a este estudo, no qual busca compreender as percepções dos pacientes diagnosticados com câncer,

mas não só, se faz necessário apoiar-se também aos métodos fenomenológicos nesta busca pelo significado da experiência (BARBOSA, 2022).

### 3.2. MÉTODO FENOMENOLÓGICO PARA A PESQUISA EM PSICOLOGIA

Durante o final do século XIX e início do século XX, a psicologia enquanto área científica adquiria evidências na tentativa de explicar a teoria do conhecimento e da lógica. Do outro lado, Edmund Husserl explora a filosofia e desenvolve o método fenomenológico, na tentativa de superar a oposição entre o objetivismo e subjetivismo (ZILLES, 2007), no qual a consciência torna-se tema central fenomenológico para compreender o que algo é e como é. Nesse sentido, a fenomenologia essencialmente busca descrever a consciência enquanto tal, sem assumir pressupostos previamente estipulados pela tradição filosófica ou científica (BARBOSA, 2022).

A primícia era descobrir e analisar a essência dos fenômenos por meio da relação entre subjetividade e objetividade, na qual criticava a ciência positivista, pois ele acreditava que ela afastava o pesquisador do sentido da existência, considerada por Husserl como um método de tomada de consciência do homem em relação ao fenômeno (HUSSERL, 2012). Diante disso, a fenomenologia surgiu para ocupar o espaço deixado pela filosofia especulativa, inspirada nas ideias de Franz Brentano, que ressaltava a conduta humana como uma fonte fundamental de subjetividade (ANDRADE e HOLANDA, 2010).

Desse modo, a abordagem de Husserl transcende os limites da psicologia, uma vez que investiga a doutrina da intencionalidade não apenas pela ótica da vivência de consciência em si, mas se apropria de uma análise abrangente do conhecimento reconectando as instâncias físicas e psicológicas (ANDRADE e HOLANDA, 2010). Essa reconexão entre físico e psicológico, se dá pela recusa ao psicologismo no âmbito da lógica, assim, o processo não é simplificado a um mero ato mental que poderia resultar em um certo perspectivismo em relação aos fenômenos (SILVA et al., 2020). Por isso, a atitude não natural é definida como não-fenomenológica, isto é, observa apenas o mundo simples, dos objetos, já que “toda consciência, é consciência de alguma coisa”, ou seja, a consciência é intencional. Assim, o conceito de intencionalidade é chave para a fenomenologia e é um conteúdo significativo de algo que é intencional e intuitivo.

A fenomenologia compreende além do reconhecimento e apreensão do fenômeno, busca o conhecimento das essências (HUSSERL, 2012). Para se alcançar a essência do fenômeno a fenomenologia “se ocupa de maneira específica, ao estudo dos fenômenos, que seriam os

objetos, eventos e fatos da realidade” (ANDRADE e HOLANDA, 2010, p. 7). Para que isso aconteça dentro do método fenomenológico, se torna necessário abdicar da atitude natural, colocando o mundo entre parênteses, definido por Husserl como *epoché*, ou seja, assumir uma posição acrítica e não reflexiva ou a suspensão do juízo (BARBOSA, 2022). Assim, o ato de retornar ao mundo e a sua experiência original sem nenhum juízo de valor, observando apenas a essência do ser permite com que “as vivências intencionais da consciência para perceber como se produz o sentido do fenômeno e chegar à sua essência” seja possível (DARTIGUES, 2003, p. 31).

Ao realizar a redução fenomenológica é possível identificar a vivência pura do fenômeno, ou seja, aquilo que se mostra. Dessa forma, a fenomenologia não pretende abordar as coisas em si, os fatos que seriam independentes da consciência, mas atenta-se aos modos como as coisas se apresentam à consciência, especificamente sob o aspecto do sentido que esses fenômenos têm para os sujeitos que os vivenciam (SILVA et al., 2020). Por isso, nos convida para voltar as coisas mesmas, a encontrar-se no pensamento puro e alcançar de maneira reflexiva o conhecimento do “eu” como a fonte originária de toda a certeza e de todo o conhecimento e compreensão do mundo (ZILLES, 2007).

Assim, a forma de ir às coisas mesmas, às intuições mais originárias, exige dirigir o olhar ao modo de doação imediata de sentido para a consciência pura (que se mostra como fundamento absoluto da realidade, depois de colocarmos o mundo transcendente em suspensão), de onde emerge todo conhecimento válido. O retorno às coisas mesmas, portanto, indica como as coisas se apresentam à consciência purificada e como as experimentamos, sentimos, vivenciamos, conhecemos. (NASCIMENTO, 2016, p. 109).

A compreensão do mundo pela ótica da consciência transcendental apresentada pela fenomenologia, permite esclarecer o fundamental por meio da relação direta com as próprias coisas (SILVA et al., 2020). Ela não se fundamenta em preceitos psicológicos, teorias ou conceitos *a priori* estabelecidos, os quais frequentemente obscurecem ou distorcem a compreensão, e conseqüentemente a interpretação dos fenômenos e nos afastam deles, em vez de nos aproximarmos (FEIJOO e MATTAR, 2014). Em razão disso, a fenomenologia é uma descrição da estrutura específica do fenômeno (fluxo imanente de vivências que constitui a consciência) e, como estrutura da consciência enquanto consciência, ou seja, como condição de possibilidade do conhecimento enquanto consciência transcendental (ENGLANDER, 2016). Essa constitui as significações e na medida em que conhecer é pura e simplesmente apreender (no plano empírico) ou constituir (no plano transcendental) os significados naturais e espirituais (ANDRADE e HOLANDA, 2010).

Na realidade, a fenomenologia está diretamente ligada a percepção, a forma de como enxergamos e vivenciamos este mundo, no qual a intencionalidade possibilita que o mundo apareça como fenômeno (BARBOSA, 2022). Desse modo, é a intencionalidade que permite ao indivíduo se conectar ao mundo (SILVA et al., 2020). Assim, a intencionalidade refere-se ao constante transcendimento de si mesmo, rompendo com a premissa de que é o indivíduo que coloca as coisas em posição ou de que as coisas existem independentemente da consciência. As estruturas intencionais sempre indicam o caráter co-originário entre o indivíduo e objeto, isto é, quando um deles se manifesta, o outro ocorre simultaneamente, não há espaço-temporal entre eles (FEIJOO e MATTAR, 2014).

De modo que, não se requer mais a construção sobre os elementos objetivos do mundo, nem a necessidade de um mediador entre o geral e o privado, entre o indivíduo e o objeto (BARBOSA, 2022). Ao contrário, torna-se de extrema importância uma depuração até as relações mais originais desse destino da intencionalidade, que é intrinsecamente o movimento em direção às coisas do mundo (ENGLANDER, 2016). Sendo, a depuração que possibilita a estratégia e postura fenomenológica diante do mundo. Mundo este, considerado como uma relação intrincada e direcionada entre o indivíduo da consciência e o objeto revelado na consciência (GIORGI, 2010; SILVA et al., 2020). Este objeto revelado à consciência permite a retomada da experiência individual à memória.

A experiência vivenciada retorna à memória, por meio da resignificação ou reconstrução, resultando em uma vivência renovada no presente (ANDRADE e HOLANDA, 2010). Dessa forma, a experiência só é plenamente compreendida pelo indivíduo de maneira imediata, uma vez que o sentido é singular para quem o vive e está intrinsecamente ligado à forma como a pessoa existe no mundo (BARBOSA, 2022). Assim, a descrição permite resgatar a experiência vivida por meio do retorno à percepção individual no momento imediato (ENGLANDER, 2016). Portanto, o mundo vivido proporciona ao pesquisador a oportunidade de transcender o conteúdo meramente intelectual e acessar na consciência o conteúdo afetivo-emocional daquele indivíduo ou grupo (SILVA et al, 2020).

Segundo Giorgi (2008), O significado da consciência para o pesquisador no método fenomenológico é ponto crucial de reflexão para interpretação do fenômeno. Reflete sobre e sugere que a consciência deve ser sempre considerada associada aos conceitos de intencionalidade, sentido e existência. Assim, o termo consciência não é apenas uma relação cognitiva entre indivíduo e objeto, mas uma relação existencial do indivíduo com seu mundo, no qual a “existência” denota o modo pelo qual o indivíduo se posiciona diante da vida. Diante disso, ocorre a apresentação da essência do fenômeno, “aquilo sem o que o fenômeno não pode

ser o que é” (BARBOSA, 2022, p. 5), ou seja, como o fenômeno se apresenta na subjetividade de cada olhar, pois na individualidade de cada indivíduo, existe um sentido único.

Diante disso, perpassa-se o que Andrade e Holanda (2010) ressaltaram como os três elementos essenciais da fenomenologia para adentrar ao sentido e, enfim resgatar a essência do fenômeno, sendo a redução fenomenológica, a intersubjetividade (relação sujeito-pesquisador e sujeito pesquisado) e o retorno ao vivido. À luz dessa contextualização sobre o método fenomenológico, que estrutura este estudo, destaca-se Amedeo Giorgi, considerado o que melhor elaborou o modelo fenomenologia empírica ou empírico-compreensivo, que estrutura o processo de coleta dos dados, bem como apresentação e contextualização dos resultados deste estudo (ANDRADE e HOLANDA, 2010; GIORGI, 2010).

O modelo de Giorgi (2010; 2012; 2017) aborda a análise de depoimentos, relatos ou entrevistas sobre as experiências vividas em relação a um determinado fenômeno. O pesquisador tem como principal objetivo descrever o fenômeno da forma mais minuciosa possível, garantindo que conhecimentos prévios sobre este não influenciem a descrição dos fatos que estão sendo relatados pelo entrevistado. De acordo com os aspectos fundamentais da abordagem fenomenológica incluem, em primeiro lugar, a compreensão do fenômeno da consciência e, em segundo lugar, a totalidade da experiência vivida por um determinado indivíduo. O papel da consciência torna-se a principal fonte de construção de significado em relação ao fenômeno que se manifesta intuitivamente (SILVA et al., 2020).

O enfoque fenomenológico fundamentado na proposta de análise de Amedeo Giorgi, inspirado na filosofia de Husserl, adota um método que busca, a partir da experiência do indivíduo, alcançar uma descrição abrangente dos dados, iniciando com uma análise estrutural (BARBOSA, 2022). Esse processo reflexivo proporciona a compreensão da essência do fenômeno estudado. Por isso, que este método se difere do método filosófico, uma vez que reconhece que são os colaboradores da pesquisa que descreverão suas próprias experiências, partindo da interpretação individual do que se vivenciou e não a experiência pura; ainda apenas o pesquisador será capaz de suspender todo e qualquer pressuposto de juízo, pois é ele quem adota a abordagem fenomenológica (ENGLANDER, 2016). Dessa forma, ao analisar os dados coletados, é crucial que o pesquisador: a) seja descritivo; b) empregue a redução fenomenológica; e c) busque por significados, mesmo que não sejam necessariamente significados essenciais (ANDRADE e HOLANDA, 2010).

### 3.3. ESTUDO TEÓRICO

Realizado estudo teórico, de abordagem qualitativo, com revisão da literatura do tipo narrativa e documentos governamentais. A pesquisa foi realizada no período de setembro de 2022 e abril de 2023 por meio da plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da CAPES, utilizando descritores em português e inglês como: Psico-oncologia, impacto psicossocial (*Psycho-oncology and psychosocial impact*) e Psico-oncologia e diagnóstico (*Psycho-oncology and diagnosis*), incluindo moderador booleano AND.

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos científicos, teórico ou empírico publicados em português e inglês sem tempo definido e de exclusão artigos incompletos e/ou que não tratasse do diagnóstico oncológico. Os artigos foram selecionados inicialmente pelos descritores identificados no título e pelo resumo com a temática do estudo. Em relação aos documentos governamentais foram selecionadas legislações e produções teóricas publicados pelo Ministério da Saúde e INCA que abordasse os fatores psicossociais no contexto oncológico.

Totalizaram em 17 artigos e 8 documentos governamentais, sendo 5 legislações e 3 produções teóricas intitulado por cadernos de psicologia. Os dados foram tratados e organizados por meio de uma planilha temática da literatura. O estudo da literatura e em documentos governamentais apresentou uma diversidade de dados quanto o perfil da literatura.

Os dados foram tratados e organizados por meio de uma planilha temática da literatura, com as seguintes categorias: título, data de publicação, tipo de estudo, estratégia de pesquisa, cenário, colaboradores, instrumentos, tipo de análise, assunto, resultados, conclusão; e de conteúdo apontando o tipo de câncer, se foi o primeiro diagnóstico, fatores psíquicos emocionais, sociais e biológicos.

Ao final os dados foram analisados por meio da média ponderada simples e por meio de análise de conteúdo descrita por Bardin (2011), adotando as seguintes etapas: (1) pré-análise; (2) exploração do material, categorização ou codificação; (3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação, selecionando as distinções, similaridades e especificidades em relação às temáticas selecionadas, levantando as unidades de análise e criando as categorias temáticas.

Tabela 1 – Perfil de literatura dos artigos sobre aspectos psicossociais de um diagnóstico oncológico.

<b>Dados</b>	<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>Frequência</b>
Tipo literatura	Artigos	(17)	100%
Ano de publicação	2012-2014	(4)	24%
	2016-2018	(5)	29%
	2019-2021	(8)	47%
Tipo de estudo	Empírico	(15)	88%
	Teórico	(2)	12%
Tipo de pesquisa	Qualitativo	(12)	71%
	Quantitativo	(4)	23%
	Misto	(1)	06%
Estratégia de pesquisa	Pesquisa de Campo	(12)	70%
	Estudo da literatura	(2)	12%
	Outros	(3)	18%
Cenário dos estudos	Hospital	(9)	53%
	Clínicas	(4)	23%
	Universidade	(3)	18%
	Associação	(1)	6%
Participantes das pesquisas	Adultos	(12)	71%
	Pesquisadores	(4)	23%
	Crianças	(1)	6%
Instrumentos	Entrevistas	(6)	35%
	Protocolos	(4)	23%
	Documentos	(4)	24%
	Outros	(3)	18%
Tipo de análise	Conteúdo	(5)	29%
	Software	(3)	18%
	Outro	(9)	53%

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Os dados revelaram aumento significativo de publicações na área da Psico-Oncologia entre os anos de 2019 e 2021 se comparado com os anos anteriores. O que demonstra além do crescimento pela temática da oncologia, mas também o envolvimento e reconhecimento da psicologia e da saúde mental como saúde, ciência e profissão. Evidenciados por meio do apoio social, desenvolvimento de estudos de literatura empírica/teórica e criação de legislações que instituí a obrigatoriedade da atuação da psicologia na oncologia, como descrito na tabela a seguir. Por outro lado, foi encontrado poucas pesquisas que relatam sobre o primeiro diagnóstico oncológico.

Também, observou-se nos estudos que independentemente do tipo de câncer o primeiro diagnóstico oncológico traz consigo estigmas de representações sociais, como finitude e morte, e que articulada com aspectos físicos, emocionais e rotina de tratamento ocorrem mudanças psicossociais no cotidiano, que alguns estudos representam por narrativa de sofrimento psíquico.

Ademais, associando a pesquisa de literatura e articulando com a experiência empírica,

só corroborava a ideia de que muitos pacientes passam por sofrimento psíquico ao receber este diagnóstico. Desse modo, penso ser pertinente retornar a narrativa da minha aproximação aos pacientes acometidos por um diagnóstico oncológico para discorrer ainda mais reflexões.

### 3.4. ESTUDO EMPÍRICO

O cenário escolhido para a realização da pesquisa foi a Casa de apoio amar é servir, que abriga pacientes e seus acompanhantes, em tratamento oncológico na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia no município de Tucuruí-PA. Os participantes da pesquisa foram três homens e três mulheres, todos idosos, com baixa escolaridade e que receberam diagnóstico oncológico no período de quatro e dez meses. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e o tratamento dos dados foi pelo método fenomenológico de Amedeo Giorgi e análise fundamentada em Martin Heidegger.

#### 3.4.1. Cenário e participantes do estudo

O cenário do estudo já era conhecido pela pesquisadora que residiu no município de Tucuruí entre o período de 2018 a 2022, município localizado no interior do estado do Pará, no qual possui uma população de 91.306 habitantes segundo o último censo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2024a). Neste período, atuou como psicóloga hospitalar no Hospital Regional e na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Teve encontros com o mundo vivido daquelas pessoas e percebia o quanto o diagnóstico oncológico traziam interferências nos aspectos psicossociais, comprometendo também na sua qualidade de vida.

A maioria dos pacientes residiam em outros municípios, passavam por vulnerabilidade social e econômica, então a busca pelo tratamento era mais um desafio a ser enfrentado, dentre tantos outros já vivenciados. Fui encontrando pessoas de vários municípios do Pará, tendo em vista que a UNACON Tucuruí poderia atender pacientes de até 22 municípios da região (CORREA, 2020). Era perceptível que este município se tornaria uma referência no acesso ao tratamento oncológico. Devido a este cenário, a população em geral se mobilizava para oferecer uma rede de cuidado aos pacientes, com isso instituições voltadas ao cuidado oncológico foram surgindo. Foi assim que conheci o trabalho da casa de apoio “Amar é Servir”, uma Organização Não Governamental (ONG) de caráter filantrópico, administrado pela Igreja Batista há mais de treze anos, localizado no município de Tucuruí, que acolhe pacientes e seus acompanhantes que

estão em tratamento no Hospital Regional e UNACON. O intuito da ONG é acolher e se solidarizar, oferecendo hospedagem gratuita, refeições, e apoio social para os pacientes e seus acompanhantes/familiares. Além do desenvolvimento de atividades sociais e religiosas.

Segundo o site Portal da Cidade (2022), “a maioria dessas pessoas já chegam em Tucuruí numa situação de extrema vulnerabilidade social, abatidas por conta da enfermidade, não tem condições de pagar um hotel na cidade, a maioria vem fazer o tratamento na UNACON apenas com o dinheiro do deslocamento, falta recursos para comprar alimentação e pagar estadia”<sup>1</sup>.

Diante disso, as ONGs, como a “Amar é Servir”, viabilizam a estas pessoas realizarem o tratamento oncológico, fornecendo suporte físico, bem como emocional para o enfrentamento desta fase. Mais tarde, este seria o cenário escolhido para realizar a pesquisa, casa de apoio, “Amar é Servir” (Figura 3, antes da reforma).

Figura 3 - Antiga casa de apoio: Irmã Noêmia de Souza Lima.



Fonte: Portal da Cidade (2022).

E meio a minha trajetória pessoal acabei me mudando de estado no final de 2022 e retornando em agosto de 2023 para realizar a pesquisa de campo. Neste período percebi que houve o envolvimento da comunidade na construção de um novo local para fornecer abrigo físico e emocional aos pacientes oncológicos (Figura 4, durante a reforma), bem como o estabelecimento da Lei Ordinária nº 10.044/2023 que declara e reconhece como utilidade pública esta ONG (BRASIL, 2023).

Em novembro de 2022, a Igreja Batista em convênio com a Prefeitura de Tucuruí, Vara Criminal da Cidades e comunidade se uniram para construir a nova casa de apoio. Esta nova sede tem o objetivo de “beneficiar e garantir melhores acomodações para pacientes de vários municípios da região do Lago e também para os acompanhantes, que terão mais conforto, comodidade e todo o apoio necessário” (PORTAL DA CIDADE, 2022).

<sup>1</sup> <https://tucuruí.portaldacidade.com/noticias/cidade/casa-de-passagem-necessita-de-ajuda-para-manter-os-atendimentos-3652>

Figura 4 – Construção da nova casa de apoio.



Fonte: Portal da Cidade (2022).

Em agosto de 2023, retornei ao município de Tucuruí-PA com a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética (ANEXO 1) para realizar a pesquisa de campo. Inicialmente, conversei de forma presencial com dois voluntários administrativos da ONG que me relataram brevemente a história da instituição e o público-alvo atendido. Após essa conversa, eles me apresentaram para os hóspedes como psicóloga e pesquisadora, posteriormente, me mostraram o espaço físico, bem como, a construção da nova casa de apoio no terreno ao lado.

Nos dias posteriores continuei a jornada no período de quatro dias. Enquanto eu me adentrava a este cenário e me apropriava da rotina da casa de apoio, fui conhecendo pessoas e com o passar desses encontros, fui identificando aqueles que pudessem participar da pesquisa conforme meus critérios de inclusão. Foi identificado seis possíveis colaboradores, que após esclarecidos sobre o intuito da pesquisa e seus benefícios aceitaram a participar do estudo. A coleta ocorreu nestes quatro dias, sendo explorada com maiores detalhes nos tópicos a seguir.

### **3.4.2. Participantes da pesquisa: os colaboradores**

Na perspectiva fenomenológica, os participantes da pesquisa são compreendidos como colaboradores, pois estes não são apenas indivíduos que disponibilizam informações de forma passiva, mas que colaboram ativamente juntos ao estudo, apresentando a melhor compreensão das suas experiências (ANDRADE; HOLANDA, 2010). Desse modo, vou aderir o termo colaboradores da pesquisa.

Os colaboradores desta pesquisa foram seis participantes acolhidos pela Casa de Apoio “Amar é Servir” de ambos os sexos, com idade entre 62 e 74 anos. Os critérios de inclusão do estudo foram: 1) com idade superior de 18 anos; 2) que recebeu diagnóstico de câncer pela primeira vez no período de 2 a 12 meses; e 3) que estava realizando tratamento oncológico no município de Tucuruí-PA.

### 3.4.3. Instrumentos de pesquisa

Optou-se neste estudo pela entrevista semiestruturada como forma de favorecer o diálogo com os colaboradores da pesquisa como possibilidade de ampliar a compreensão da experiência vivida (BARBOSA, 2022). Adotar o método fenomenológico extrapola a simples utilização de um método para coleta e análise dos dados, pois essa abordagem implica uma construção epistêmica que requer uma postura específica por parte do pesquisador, influenciando toda a elaboração do trabalho (ANDRADE; HOLANDA, 2010). De modo que, recorre-se a suspensão de todos os *a priori* existentes, isto é, dos conceitos prévios ao estudo, de modo que o pesquisador se mantenha receptivo aos conteúdos que emergem durante a pesquisa (ENGLANDER, 2016).

Segundo Gomes (1997, p. 305), uma das formas para ter acesso a experiência consciente dos colaboradores da pesquisa é por meio da entrevista. Desse modo, a realização e condução da entrevista pelo pesquisador são cruciais para o desenvolvimento do estudo, uma vez que a capacidade do colaborador em expressar sua experiência na totalidade depende da forma como o entrevistador formula as perguntas, ouve atentamente, sintetiza o que estão compreendendo e como responde ao colaborador (MORENO LÓPEZ, 2014). Diante disso, Gomes (1997, p. 321) ressalta que:

A entrevista explora o mundo vivido do entrevistado, definido como experiência consciente, e está à procura do senti-do que este mundo vivido tem para o entrevistado. Neste processo, a consciência do entrevistador, como expressa no roteiro da entrevista, modifica-se, amplia-se, atualiza-se na interação com o entrevistado. O movimento corretivo é possível pela reversibilidade das percepções e expressões do entrevistador e do entrevistado. O entrevistador deixa-se conduzir pela expressão do entrevistado e oferece suas percepções, reduzidas na expressão, para serem especificadas pelo entrevistado.

Foi utilizado a entrevista semiestruturada, com questões fechadas, com dados sociodemográfico, diagnóstico oncológico, tempo e sintomas; e questões abertas sobre as percepções do diagnóstico oncológico, sendo elas: 1<sup>a</sup>) *Fale sobre o momento em que você recebeu o seu diagnóstico oncológico*; e 2<sup>a</sup>) *Fale sobre as mudanças ocorridas na sua vida a partir do momento em que recebeu o diagnóstico oncológico até os dias atuais* (APÊNDICE A).

A entrevista foi realizada conforme a disponibilidade e lugar escolhido pelo próprio colaborador, realizadas em diferentes ambientes da instituição, sendo a sala, área interna e externa, em uma rede embaixo de uma árvore, no quarto, e/ou no refeitório. Todas as narrativas

foram gravadas e transcritas com a autorização dos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

### 3.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A transcrição das entrevistas foi realizada na íntegra e feita análise dos dados, de acordo com o método de Giorgi et al. (2017) que é constituído por quatro etapas: 1) *Estabelecer o sentido geral*, com a leitura na íntegra dos relatos visando apreender o sentido global destes, sem tentar criar categorias de análise, apenas compreender o todo; 2) *Determinação das partes: Divisão das unidades de significado*, destacando e discriminando as unidades de significação, isto é, identificando e separando partes dos relatos para perceber a manifestação do fenômeno em estudo; 3) *Transformação das unidades de significado em expressões de carácter psicológico*, quando o pesquisador assume a atitude de redução fenomenológica psicológica, isto é, transforma a linguagem cotidiana do indivíduo em linguagem psicológica, expressada nas unidades significativas delineadas; e 4) *Determinação da estrutura geral de significados psicológicos*, etapa de interpretação, no qual as unidades significativas transformadas foram sintetizadas em significação psicológica do fenômeno observado em relação à experiência do indivíduo, criando, finalmente a estrutura de experiência.

A partir das informações fornecidas ao longo das entrevistas, foram exploradas a essência do fenômeno, que ocorreu por meio de três passos: 1) descrição fenomenológica; 2) redução fenomenológica; e 3) interpretação fenomenológica (GIORGI, 2010).

Para realização e compreensão de cada etapa, foi desenvolvido uma tabela com as quatro etapas descritas por Giorgi (2010), que inicialmente passou pela análise da pesquisadora e posteriormente compartilhada no grupo de estudo para identificação das unidades de significados. O Quadro 1 apresenta a estrutura geral de significados nos dois fenômenos identificados nas falas dos colaboradores desta pesquisa.

Quadro 1 – Estrutura Geral de Significados dos colaboradores da pesquisa

<b>Estrutura Geral de Significados</b>		
<b>Colaboradores</b>	<b>Fenômeno: Diagnóstico</b>	<b>Fenômeno: Mudanças</b>
C1	Ressignificação por meio da transcendência: religiosidade Sentimento de ambivalência e estigmas da doença.	Sintomas físicos, dificuldade em fazer tratamento longe de casa, mudança nas rotinas do cotidiano com cuidados da saúde, trabalho, vida financeira. Importância da rede familiar.
C2	Ressignificação por meio da transcendência: religiosidade Sentimento de ambivalência e estigmas da	Passou a cuidar mais da saúde: atividades laborais, alimentação, evitando exposição ao sol.

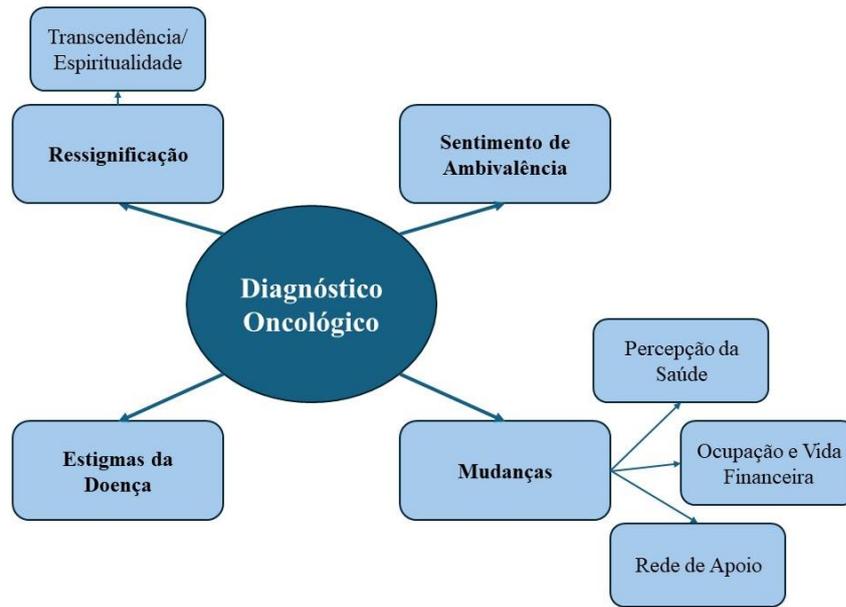
	doença.	
C3	A conformidade com o diagnóstico está relacionado a perceber familiares bem, com distribuição dos bens. Resignificar numa preparação do que o cerca no pré-morte.	Fortalecimento da rede de apoio.
C4	Resignificação por meio da transcendência: religiosidade. Sentimento ambivalente entre vivenciar o diagnóstico resignificando no cotidiano e a repercussão simbolizada pela preocupação, ansiedade e o temor de outras doenças psiquiátricas. Estigmas da doença.	Fortalecimento da rede de apoio. A mudança relaciona as perdas financeiras ocasionadas a partir do diagnóstico, Fortalecimento da rede de apoio e passou a apresentar sofrimento psíquico.
C5	Resignificação por meio da transcendência: religiosidade. Estigmas da doença.	Melhora dos sintomas físicos após início do tratamento. Novos cuidados com a saúde como evitar trabalhar na roça e manter a alimentação saudável. Fortalecimento da rede de apoio e fortalecimento espiritual.
C6	Não resignificou o diagnóstico pois está focada no tratamento em si.	Melhora dos sintomas físicos após início do tratamento.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A partir da análise das entrevistas transcritas e aplicação do método fenomenológico de Giorgi (2010) foi possível identificar a percepção dos colaboradores sobre dois fenômenos atrelados ao diagnóstico, sendo um deles o próprio diagnóstico oncológico e o outro as mudanças advindas do diagnóstico no cotidiano destes colaboradores, no qual observou-se quatro Unidades de Significado.

As Unidades de Significado observadas estão ilustradas na Figura 5. Essas Unidades agregam outras unidades encontradas nos relatos dos colaboradores. Por meio do método escolhido para análise dos dados, não se desconsidera nenhum fenômeno, pois todos fazem parte da experiência vivida e relatada dos colaboradores, e conseqüentemente interferem nas suas percepções sobre ele. Dessa forma, o método organiza as Unidades principais em destaque, sendo a essência do fenômeno, pois elas aparecem com maior frequência nos relatos e reúnem outros fenômenos observados.

Figura 5 – Relação das Unidades de Sentido/Significado do Diagnóstico Oncológico



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Diante das quatro Unidades de Significado, optou-se por discorrer individualmente de cada uma, sendo os próximos quatro subcapítulos a exploração dos relatos dos colaboradores e o diálogo com a literatura, buscando a compreensão e, então a interpretação da percepção destes sobre o diagnóstico oncológico analisadas por meio da fenomenologia de Heidegger.

### 3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu as Resoluções 466/2012, 510/2016 e 251/1997 do Conselho Nacional de Pesquisas com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CONEPE/CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade Federal sob o número de registro 6.114.879 em 13 de junho de 2023 (ANEXO 1).

Após a aprovação no Comitê de Ética, a pesquisadora visitou a casa de apoio e realizou contatos com cada colaborador, individualmente. Os consentimentos dos colaboradores foram verificados e formalizados mediante apresentação dos objetivos, explanação das etapas da pesquisa e de seu envolvimento, bem como apresentação dos benefícios e então, assinatura do TCLE (APÊNDICE B).

Os participantes da pesquisa foram informados da presença do pesquisador, estando cientes do registro das atividades e podendo retirar seu consentimento como participante em qualquer momento da produção de informações ou da divulgação do material pesquisado. Após concordância foi solicitado também a assinatura do Termo de consentimento de imagem e voz

(APÊNDICE C).

Conforme Resolução 466/12 no seu inciso II-22 que define risco da pesquisa como a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente, destaca-se no Quadro 2 os riscos e as medidas de precaução/prevenção para minimização que foram desenvolvidos juntos aos colaboradores.

Quadro 2 – Riscos e Precaução/prevenção

<b>Riscos</b>	<b>Precaução/prevenção</b>
Possibilidade de constrangimento, desconforto, medo, vergonha ao responder o questionário.	Os indivíduos receberam esclarecimento prévio sobre a pesquisa através da leitura do TCLE; A entrevista pode ser interrompida a qualquer momento;
Quebra de sigilo/anonimato/confidencialidade	As respostas foram confidenciais e foi resguardada pelo sigilo das pesquisadoras durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurando também o anonimato por meio do uso de pseudônimos.
Estresse ou dano	Assistência psicológica se necessária seria direcionada a equipe qualificada (representadas pelas pesquisadoras responsáveis) para encaminhamento/providências.
Cansaço ao responder às perguntas	Foram realizadas pausas na entrevista caso o participante solicitasse ou mostrasse sinais de cansaço.

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa (2023).

Os benefícios desta pesquisa foram relacionados em estratégia informativa a sociedade em geral, principalmente a comunidade oncológica, envolvendo profissionais, pacientes e acompanhantes/familiares. Possibilitando em reflexões e criação de estratégias que possibilite a promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais e culturais.

A pesquisa considera dessa forma, as relações, os processos de investigação da existência, sentido e outros movimentos inerentemente sociais como campo de análise. Sendo assim, estes pressupostos acima apresentados mostraram relevantes para orientar investigações e acompanhar fenômenos que ocorrem nos processos relacionais que tem sua expressão no campo social e na história.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da triangulação das etapas neste estudo possibilitaram alcançar os objetivos propostos, à luz do método fenomenológico de Amedeo Giorgi, sobre a experiência na vivência com um diagnóstico oncológico; e será apresentado em três partes: (i) contendo as narrativas e vivências em se tornar um pesquisador aspirante fenomenológico; (ii) apresentando os colaboradores da pesquisa; e (iii) explorando as percepções dos colaboradores em relação ao seu diagnóstico face as unidades de sentido de ressignificação do diagnóstico: transcendência e espiritualidade, sentimento de ambivalência e dimensões psicossociais no processo do diagnóstico oncológico.

### 4.1. NARRATIVAS E VIVÊNCIAS EM SE TORNAR UMA PESQUISADORA ASPIRANTE FENOMENOLÓGICA

No decorrer do meu percurso existencial, me deparei com a área da oncologia, um encontro um tanto surpreendente que me permitiu desvelar o mundo vivido de pessoas acometidas por um diagnóstico oncológico que vinham de diferentes municípios do Estado do Pará para realizar seu tratamento. No entanto, apesar de gostar desses encontros, obviamente, nem tudo eram flores, me deparei paralelamente com o sofrimento humano, que embora seja objeto de estudo do campo da Psicologia, ainda incitava em inesgotáveis reflexões.

Convivia com muitos daqueles indivíduos que sofriam pelo diagnóstico, pela doença, pela família, pelo trabalho, pelo acesso ao tratamento e depois pelos efeitos colaterais gerados pelo tratamento; pelos estigmas de estar doente, pela concretude da finitude e também pela cura. Pela cura? Sim, ainda era possível ver pessoas sofrendo após a remissão da doença por medo de uma possível recidiva e/ou pela reabilitação social e adaptação existencial a nova rotina.

Em meu caminho também encontrava aqueles que estavam em fases do adoecimento semelhante ao do luto. Neste caso, temos como referência Elizabeth Kubler Ross que em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer* (2017) afirma que o paciente ao ser acometido por um diagnóstico poderá passar por cinco estágios: choque/isolamento, revolta/raiva, barganha, negação/depressão e/ou aceitação; e que embora não necessariamente passariam por essa mesma ordem ou por todas estas fases, o sofrimento devido ao recebimento de um diagnóstico era inevitável, o que levaria a reflexões sobre a existência e finitude.

Essa última me despertava um carinho especial, pois afinal, desde a nossa infância fomos ensinados que a vida teria começo, meio e fim. As reflexões sobre a finitude também

poderiam ser suscitadas no momento do recebimento do diagnóstico oncológico e que apesar do indivíduo apresentar um prognóstico bom e um tratamento adequado, estar doente se tornaria um sinal de alerta sobre a brevidade da existência. E então, quando tomavam consciência sobre a doença e finitude, também experimentavam uma dose de sofrimento.

Quando se recebe um diagnóstico de uma doença com um prognóstico tão reservado como o câncer, o indivíduo e sua família o vivenciam, muitas vezes, como uma “sentença de morte”, uma interrupção da linha de continuidade da saúde, uma experiência-limite que desencadeia sofrimento psíquico. Tal sofrimento está associado à perda de sonhos e planos para o futuro e também à quebra da crença infundada de que doenças fatais só acontecem com os outros, o que pode dar início ao processo de enlutamento. (CARDOSO et al., 2018, p. 111).

Durante três anos passava seis horas ao dia de segunda a sexta em um ambulatório oncológico de uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia e fui percebendo o mundo daqueles indivíduos, pelos olhares deles e muito pelos meus. Os atendimentos eram realizados no consultório, mas também no salão de quimioterapia, radioterapia, na sala de espera; além de percorrer a Ala do hospital regional para visitar os pacientes que estavam internados na clínica oncológica e que normalmente eram sempre os mesmos motivos: piora no quadro clínico, cuidados paliativos e procedimentos cirúrgicos.

Em relação a internação por meio de programação cirúrgica, percebia que aqueles pacientes passavam por um certo temor que era esperado e natural em relação ao procedimento. Por outro lado, na maioria das vezes os relatos eram esperançosos, o que me trazia a sensação que muitas das crenças que os pacientes tinham em relação ao procedimento cirúrgico eram que as chances de cura poderiam ser maiores por se tratar de um procedimento invasivo. De fato, em alguns casos poderia ser, mas também poderia ser apenas o início de uma longa jornada, necessitando neste caso, trabalhar suas expectativas e o processo de aceitação dos próximos passos do tratamento se assim fosse necessário.

Além do contato direto com os pacientes, ocorreu também a atuação da psicologia com cuidadores, acompanhantes e familiares com enfoque no acolhimento e na informação. Logo, fui convidada a participar do grupo de humanização hospitalar, onde as reuniões eram mensais, e basicamente discutíamos ações a serem desenvolvidas em cada mês. Participei diversas vezes como facilitadora juntamente com os demais membros da equipe multidisciplinar, sejam com palestras, roda de conversas dentro e fora da instituição, com a elaboração de cartilhas informativas voltado à saúde mental.

Com o passar do tempo senti a necessidade em realizar a formação continuada: fiz vários cursos na área da oncologia, saúde mental, especialização na área hospitalar, participação em

eventos, apresentação de trabalho, mas ainda desejava me aprofundar, e por isso, decidi voltar a academia e ingressar no mestrado. Em relação ao mestrado eu tinha uma certeza e uma incerteza. A certeza era o tema que gostaria de estudar que seria a oncologia, a incerteza era em qual linha de pesquisa me adentrar. Acabei escolhendo a linha Fenomenologia: teoria e clínica, principalmente pela curiosidade e afinidade com a abordagem, além de perceber uma oportunidade de aprofundamento teórico. Todavia, mal imaginaria o quanto a fenomenologia me possibilitaria novos olhares diante ao mundo, um processo de desconstrução se desvelaria.

Os primeiros semestres foram intensos. Era morar em Tucuruí, pegar o ônibus e viajar por nove horas até Belém-PA, estudar as disciplinas do mestrado, conhecer pessoas e ter contato com grandes professores e pesquisadores da Fenomenologia. Enquanto mais vivia mais conhecia as possibilidades dessa abordagem e suas inesgotáveis formas em se fazer pesquisa. Após alguns dias de aulas, o retorno para casa apesar de muito cansativo era sempre satisfatório, e assim foi por quase um ano.

No segundo ano do mestrado a expectativa era “ufa, acabei as disciplinas, agora é só qualificar e seguir com a pesquisa”. Realidade: solidão. Pedi demissão de um trabalho que gostava muito, mudei de estado, adoeci emocionalmente e meses depois voltei a trabalhar com algo que gostava, a oncologia. Quando me refiro a solidão, é que embora eu estivesse estudando algo que eu gostasse, ter uma orientadora presente, já ter realizado as entrevistas da pesquisa e entendendo as diferentes possibilidades de análises e discussões, eu me sentia solitária, adoecida e frustrada. Talvez essa última emoção trazida aqui, a frustração foi o estopim motivacional em elaborar este presente capítulo, porque agora cabe discorrer ao meu processo de desconstrução em realizar pesquisa fenomenológica.

Em agosto de 2023, eu passei uma semana em Tucuruí para realizar a pesquisa empírica. Lembro que nestes dias eu adoeci e tive que ir três vezes a Unidade de Pronto Atendimento para receber medicação endovenosa. Neste momento, eu já me sentia frustrada por estar doente em um dos momentos que considerava mais importante enquanto pesquisadora, pois queria poder me sentir “entregue naquela experiência”, ou ao menos, me sentir disposta e saudável. O segundo momento da frustração foi quando me deparei que a semana que havia escolhido para realizar a pesquisa tinha feriado estadual (15 de agosto – adesão do Pará). Era início da semana, então algumas consultas tinham sido desmarcadas na segunda e terça-feira, ou seja, o fluxo de pessoas na casa de apoio seria menor.

Quando cheguei ao cenário do estudo - a casa de apoio, percebi que ela também é autogerida pelos próprios hóspedes, contando com a participação de alguns voluntários que em sua maioria são membros da Igreja Batista, principal mantenedora da instituição. Durante os dias

que estive lá percebi a estrutura física do lugar, uma casa de madeira, tinham banheiros femininos e masculino. Os quartos também eram divididos entre homens e mulheres. Tinham poucos ventiladores e o ambiente era muito quente. Tinha uma sala com sofá e televisão. Uma cozinha com mesas grandes de madeira. Existia uma organização de escalas dos hóspedes que auxiliariam na cozinha e na limpeza da casa.

Na mesa principal tinha um caderno e uma caixinha onde colocavam doações em dinheiro para fazer a compra de alimentos, lembro de ser uma contribuição de cinco reais ao dia. Quem gerenciava o caderno e o dinheiro era uma das hóspedes que acompanhava a sua mãe em tratamento oncológico e que devido a rotatividade de entrada e saída de pessoas, outros indivíduos assumiriam essa função por indicação da hóspede anterior. Também percebi que o período da manhã os hóspedes se organizavam com as demandas administrativas da casa, outros seguiriam até a UNACON para fazer suas consultas e tratamento. Notei que o horário da tarde, noite e finais de semana seria o período ideal para realizar as entrevistas. Também observei que pessoas da comunidade chegavam lá e deixavam suas cestas básicas, frutas, pães. E em alguns dias da semana os membros da Igreja Batista realizavam pequenas reuniões evangelísticas denominadas como células.

No primeiro dia da entrevista, fui recebida pela coordenadora da Casa de Apoio e posteriormente fui apresentada para os hóspedes. Fui recebida de forma calorosa e por lá eu passei algumas horas do dia, conhecendo pessoas e convidando aqueles que pudessem participar de maneira voluntária da pesquisa. Alguns minutos depois comecei a realizar a primeira entrevista e ao questionar sobre o momento em que recebeu o diagnóstico oncológico a colaboradora da pesquisa respondeu de maneira imediata: “eu fiquei tranquila” (sic). Foi no decorrer dessa entrevista que enquanto eu focava em seu relato, também não conseguia distanciar o que eu estava pensando ou sentindo. Seria novamente a frustração? Eu estava surpresa pela sua resposta imediata da colaboradora. Por outro lado, eram tantos pensamentos emergentes: a cara de paisagem, a busca da neutralidade, o cuidado com o fenômeno que estava aparecendo em minha mente, e a cobrança em fazer a redução fenomenológica. Fim das contas, que ousadia a minha querer deduzir a experiência de alguém? Seguia frustrada.

Enfim, propositalmente iniciei esse capítulo falando sobre sofrimento humano, eu sabia o fenômeno que estava estudando, sabia minimamente o que a literatura dizia sobre o recebimento do diagnóstico oncológico, sabia da minha experiência clínica e hospitalar enquanto profissional dentro do centro de oncologia, entendia sobre o sofrimento esperado, e no fim, descobri que não “sabia de nada”, que de fato, a minha consciência já tinha uma consciência de alguma coisa e que por isso, eu deveria voltar as coisas mesmas como diria

Husserl.

Afinal, que audácia a minha criar uma hipótese dentro da minha cabeça sobre meu tema de pesquisa sendo que uma das primícias da fenomenologia é não ter hipótese de pesquisa. Se não era uma hipótese, era uma expectativa. Me peguei refletindo novamente sobre a intencionalidade e redução fenomenológica de Husserl. Com base nisso, Martins et al. (1990, p. 144), traz algumas reflexões pertinentes sobre o papel do pesquisador:

Não há teorias ou uma teoria para o pesquisador; é certo que a teoria está presente, mas o que precisa evitar é que ela influencie o seu interrogar porque se isto ocorrer já terá obtido respostas. A pesquisa fenomenológica, portanto, diz respeito a um interrogar não fatos, mas fenômenos e envolve um pensar a priori aquilo que está sendo interrogado.

Os autores reafirmam os princípios da fenomenologia, o qual, a função do pesquisador não é ter princípios explicativos, teorias ou ideias definitivas sobre o fenômeno, o trabalho inicial é interrogar o fenômeno. Desse modo, o encontro entre pesquisador e fenômeno é um processo de suspensão, abandonando as nossas hipóteses sobre o objeto (SILVA et al., 2020).

Embora eu esperasse nos discursos algo semelhante que via no cotidiano da minha atuação profissional, a desconstrução enquanto uma aspirante pesquisadora fenomenológica era contínua. Percebia que com o passar das entrevistas a frustração abriria espaço para outras emoções: constrangimento e curiosidade. Inicialmente me senti constrangida pois me parecia ser egoísta pelas condutas e deduções que fazia. Posteriormente a curiosidade se tornou protagonista, pois afinal, se não era somente sobre sofrimento humano, que fenômeno se mostraria em relação ao recebimento de um diagnóstico oncológico?

#### 4.2. APRESENTANDO OS COLABORADORES DA PESQUISA

Participaram como colaboradores da pesquisa seis indivíduos que responderam a entrevista semiestruturada, sendo três do sexo masculino e três do sexo feminino, na faixa etária de 62 a 74 anos. De modo a garantir o anonimato destes, optou-se por utilizar números ordinais para representar perfil sociodemográfico de cada colaborador (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos colaboradores da pesquisa

<b>Dados</b>	<b>Características</b>	<b>n= 06 (100%)</b>
<b>Gênero</b>	Feminino	03 (50%)
	Masculino	03 (50%)
<b>Estado Civil</b>	Casado (a)	04 (66,66%)
	Viúvo (a)	02 (33,33%)
<b>Idade</b>	Entre 62 e 67	03 (50%)

	Entre 70 e 74	03 (50%)
<b>Etnia</b>	Pardo	05 (83,33%)
	Negro	01 (16,66%)
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	02 (33%)
	Alfabetizado	04 (67%)
<b>Religião</b>	Católico	03 (50%)
	Evangélico	03 (50%)
<b>Profissão/Ocupação</b>	Agricultor	02 (33,33%)
	Pescador	01 (16,66%)
	Guarda Municipal	01 (16,66%)
	Aposentado	01 (16,66%)
	Benefício social	01 (16,66%)
<b>Rendimento</b>	Até 1 salário-mínimo	05 (83,33%)
	De 2 a 4 salários-mínimos	01 (16,66%)
<b>Procedência</b>	Xinguara – PA	02 (33,33%)
	Marabá-PA	01 (16,66%)
	Novo Repartimento – PA	01 (16,66%)
	Nova Ipixuna - PA	01 (16,66%)
	Floresta do Araguaia (PA)	01 (16,66%)
<b>Diagnóstico</b>	Neoplasia Maligna da Próstata	03 (50%)
	Neoplasia Maligna da Mama	01 (16,66%)
	Neoplasia Maligna de Colo Uterino	01 (16,66%)
	Neoplasia de Comportamento incerto ou desconhecido na glândula renal	01 (16,66%)

Fonte: Pesquisa (2024).

O colaborador primeiro (C1) era do sexo masculino, tinha 67 anos, não frequentou a escola, mas sabia ler e escrever, era casado, com três filhos, evangélico e guarda municipal. Ele residia em Xinguara-PA, aproximadamente 494 km de distância de Tucuruí-PA. Recebeu o diagnóstico oncológico de câncer de próstata há quatro meses (abril/2023) da realização da entrevista, que ocorreu na calçada em frente a Casa de Apoio no final de uma tarde do dia 17 de agosto de 2023.

O colaborador (C2) também do sexo masculino, tinha 72 anos, não frequentou a escola, mas sabia ler e escrever. Ele era casado, cinco filhos, pescador, evangélico, e residia em Marabá-PA, aproximadamente 252 km de Tucuruí-PA. Recebeu o diagnóstico de Câncer de Próstata fazia sete meses (janeiro/23) da realização da entrevista, que ocorreu na área externa da Casa de Apoio após o meio-dia no dia 17 de agosto de 2023.

O colaborador terceiro (C3) também do sexo masculino, tinha 74 anos, não frequentou a escola, mas sabia ler e escrever. Ele era casado, tinha cinco filhos, agricultor aposentado, evangélico e residente da Zona Rural de Novo Repartimento-PA, aproximadamente 72,9 km de distância de Tucuruí-PA. Ele recebeu o diagnóstico de Câncer de Próstata fazia quatro meses (abril/23) da realização da entrevista, que ocorreu no seu quarto da Casa de Apoio no período matutino do dia 13 de agosto de 2023.

A colaboradora quarta (C4) era do sexo feminino, tinha 65 anos, sabia ler e escrever. Ela era casada, católica, tinha uma filha, estava afastada pela previdência social, já trabalhou como doméstica e agricultura. Residia em Xinguara-PA, aproximadamente 494 km de distância de Tucuruí-PA. Recebeu o diagnóstico de Neoplasia de Comportamento incerto ou desconhecido na Glândula Renal fazia oito meses (dezembro/22) da realização da entrevista, que ocorreu no seu quarto da Casa de Apoio no período matutino do dia 17 de agosto de 2023.

A colaboradora quinta (C5) também do sexo feminino, tinha 70 anos, e era analfabeta. Ela era casada, cinco filhos, agricultora aposentada, católica e residente de Nova Ipixuna-PA, aproximadamente 216 km de distância de Tucuruí-PA. Recebeu o diagnóstico de Neoplasia Maligna de Colo de Útero fazia oito meses (dezembro/22) da realização da entrevista, que ocorreu no seu quarto da Casa de Apoio no período matutino do dia 12 de agosto de 2023.

A colaboradora sexta (C6) também do sexo feminino, tinha 62 anos e era analfabeta. Ela era viúva, tinha um filho, aposentada, católica e residia em Floresta do Araguaia-PA, aproximadamente 420 km de distância de Tucuruí-PA. Recebeu o diagnóstico de Câncer de Mama fazia dez meses (outubro/22) da realização da entrevista, que ocorreu na área externa, em uma rede embaixo de uma árvore, da Casa de Apoio no período vespertino do dia 16 de agosto de 2023.

Ao longo das entrevistas fui percebendo semelhanças entre os colaboradores da pesquisa que perpassavam aspectos como, serem idosos, casados, cristãos, residirem em outro município da realização do tratamento, baixa ou nenhuma escolaridade, possuírem uma renda familiar de até dois salários-mínimos, com histórico de trabalhar com a agricultura, serviços gerais, doméstica. Desse modo, cabe refletirmos sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) desta região, sendo que os dados mais recentes do censo são do ano de 2010. Nova Ipixuna registrou 0,581 (baixo), Marabá 0,688 (médio), Novo Repartimento 0,537 (baixo), Xinguara 0,646 (médio), e Floresta do Araguaia 0,583 (baixo) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2024b). A média do IDH em 2010 do Brasil foi considerado alto (IDH = 0,722), no entanto se analisarmos o Ranking das 27 unidades da federação em 2010, o estado do Pará estava em 24º lugar com um IDH de 0,646 (médio) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

O IDHM é um indicador do desenvolvimento humano de cada município brasileiro, sendo composto por três dimensões que exploram os aspectos da longevidade, educação e renda da população. Este índice varia de 0 a 1, no qual quanto mais próximo de 1, maior é o desenvolvimento humano naquela unidade federativa, município ou região metropolitana (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2024). O

desenvolvimento humano é conceituado na melhoria dos aspectos econômicos e sociais da sociedade. Assim, compreende-se que o desenvolvimento humano transcende o crescimento econômico. Este envolve a ampliação das liberdades individuais e o acesso mais amplo aos recursos essenciais para a sobrevivência (OLIVEIRA e DALLABRIDA, 2013). Nesse sentido, o Estado desempenha um papel crucial na promoção do desenvolvimento da população, por meio da expansão e disponibilização de serviços públicos, especialmente nas áreas de saúde e educação (LOBÃO, LIMA e RAIHER, 2019).

O processo de desenvolvimento apresenta um caráter de dualidade no cenário brasileiro, uma vez que emergem economias desenvolvidas e subdesenvolvidas em um mesmo contexto possuindo relação de interdependência (BARROS et al., 2011). Esta relação destaca-se pela concomitante ação de onde se há pobreza se mantém pobre, enquanto, onde há riqueza se mantém rico (LOBÃO, LIMA e RAIHER, 2019). Em certos estados das regiões Norte e Nordeste, a porcentagem de pessoas em situação de vulnerabilidade social chega a quase 50%, com muitas delas dependentes de Programas de Transferência de Renda, especialmente do Programa Bolsa Família, que frequentemente representa a única fonte de renda das famílias (SILVA et al., 2020). Por isso que as melhorias na qualidade de vida de uma população vão além dos avanços econômicos, abrangendo aspectos sociais, culturais e políticos que influenciam a vida humana (ALMEIDA-MENDES et al., 2018).

Lobão, Lima e Raiher (2019) verificaram que os estados do Acre, Rondônia e Tocantins foram os que apresentaram uma redução no número de municípios no ciclo vicioso em relação à 2010, enquanto Amazonas, Amapá, Pará e Roraima seguiram na direção oposta, incorporando mais cidades à condição de subdesenvolvimento e concentração de renda. A população do Pará apresenta 11,8% de pobreza extrema e 46% de pobreza (SILVA et al., 2020). Além disso, evidencia-se em todos os estados das regiões Norte e Nordeste, índices abaixo da média nacional de alimentação adequada. No Norte, o percentual foi de 40,3%, enquanto no Nordeste, foi de 46,1%. Em contraste, nas regiões Sul e Sudeste, os percentuais foram de 18% e 23,3%, respectivamente (BEZERRA et al., 2020).

Essa condição da população frente a fome e a pobreza está concentrada em territórios de alta vulnerabilidade social, no qual estas áreas apresentam menor cobertura de abastecimento de água potável, sistema de esgotamento sanitário insuficiente ou inexistente, ausência de coleta de lixo, renda per capita inferior a meio salário mínimo, elevado índice de mortalidade infantil, grande número de crianças e adolescentes fora da escola, elevado número de jovens mães, alta porcentagem de mulheres responsáveis pela renda familiar e chefes de família, alta taxa de analfabetismo e um número significativo de adultos que não trabalham nem estudam

(BEZERRA et al., 2020; SILVA et al., 2020). Diante disso, as desigualdades sociais exacerbam a prevalência de condições crônicas.

Muitas doenças crônicas demonstram um gradiente social que se intensifica em direção aos estratos socialmente mais vulneráveis (BARROS et al., 2011). O câncer é uma delas, no qual apresenta uma incidência e estimativa mais elevada na população de baixa renda, pois está mais exposta aos fatores de risco e possui menor acesso aos serviços de saúde (KOLANKIEWICZ et al., 2014). Os pacientes, para além da carência de informação, confrontam-se com dificuldades ligadas ao sistema de saúde, desafios econômicos, políticos, geográficos e questões envolvendo a rede de apoio social e familiar (TESTON et al., 2018). Dessa forma, o empobrecimento da população, somado aos gastos relacionados à enfermidade de um membro familiar, resulta na diminuição dos recursos disponíveis para satisfazer as necessidades fundamentais. Apesar da presença do SUS, que é gratuito e abrangente no Brasil, o custo pessoal da doença permanece elevado, devido às despesas associadas ao diagnóstico e tratamento, aumentando ainda mais a situação de pobreza destas famílias (SANCHEZ et al., 2010).

Diante de tantas situações adversas na vida destas pessoas, foi perceptível estas influências apresentadas nas percepções dos pacientes frente a doença, trazendo a sensação que o recebimento do diagnóstico não se mostraria tão impactante diante de outros desafios experienciados diariamente em seu cotidiano. Assim, além de sentimentos de medo do desconhecido e da morte, juntamente com a sensação de fragilidade e desamparo, que geram tensão psicológica ao enfrentar o câncer, outros sentimentos poderiam se demonstrar mais significativos para estes pacientes, uma vez que se encontravam em vulnerabilidade socioeconômico e que antes da doença, já existia o fundamento principal que era garantir a sobrevivência e que a partir de agora, teriam que articular os desafios cotidianos ao tratamento oncológico.

#### 4.3. RESSIGNIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO: TRANSCENDÊNCIA E ESPIRITUALIDADE

A categoria de unidade de significados que preponderou nos discursos dos colaboradores foi a ressignificação do diagnóstico por meio das esferas de *transcendência* e *espiritualidade*, como destacado nas narrativas de C5 “*a gente sem Deus não é ninguém, porque assim que ele me deu a licença de ter a doença ele dá a licença para tirar*”. Também como retratado pela C4 relata que “*a gente cai né, mas eu me senti firme e que seja feita a vontade*

*de Deus [...] então se for pra eu morrer e chorar eu morro se eu não chorar eu morro então tem que tocar a bola pra frente”.*

O surgimento de uma doença é considerado uma situação adversa ao desenvolvimento do ser humano. Por esta razão, adoecer requer o planejamento de uma nova rotina e adaptações ambientais que sejam compensatórias a fragilidade da doença, garantindo no mínimo, que o processo evolutivo do desenvolvimento humano seja o menos prejudicado possível (FARINHAS et al., 2013).

Diante disso, a espiritualidade tem se mostrado uma das principais estratégias de enfrentamento de doenças oncológicas, isto é, os indivíduos desenvolvem ou reforçam habilidades para enfrentar e lidar com as situações estressantes advindas de uma doença, por meio da espiritualidade (ARAÚJO et al., 2022; BENITES et al., 2017; FARINHAS et al., 2013; MARQUES e PUCCI, 2021; MARTINS et al., 2021).

A literatura explora as diferenças entre os termos espiritualidade, religiosidade e religião assumindo que mesmo sendo similares, ocupam espaços e sentidos diferentes (BENITES et al., 2017). Partindo disso e da compreensão que a espiritualidade é inerente ao ser humano e as demais formas são manifestações dessa dimensão, optou-se neste trabalho por usar o termo *espiritualidade* como similar a *religiosidade*, no qual pode ou não estar ancorada em um sistema específico de crenças religiosas, mas é subjetivo ao indivíduo e como esse elabora suas respostas frente as demandas existenciais (FREITAS e VILELA, 2017).

A espiritualidade influencia o comportamento humano e está relacionada à busca inerente por significado, paz e propósito de vida. Ela não se limita a tipos específicos de crenças, religiões ou práticas, mas está atrelada a valores pessoais e íntimos, constituindo-se naquilo que dá sentido a existência (BENITES et al., 2017). Por isso, estimula o desenvolvimento pessoal e a reflexão sobre as vivências pessoais. Essa busca de sentido se dá pela ótica da transcendência ontológica, que se refere à imersão interior e relaciona-se com valores e significados profundos que guiam o “*self*” (ARAÚJO et al., 2022). Isso está expresso na fala do C3, quando ele expressa que “*é como eu falo para as pessoas, Deus não vem curar você aqui na terra não, através da tua fé você vai ser curado*”, isto é, depende do indivíduo, da própria busca por sentido.

A espiritualidade é uma dimensão inerente ao ser humano, cuja manifestação pode variar de acordo com as vivências de cada indivíduo (MARTINS et al., 2021). Entrar em sintonia com a espiritualidade pode ser uma experiência profundamente significativa, especialmente no contexto saúde-doença, uma vez que amplia a compreensão das dificuldades e promove uma nova interpretação do sofrimento (BENITES; NEME; SANTOS, 2017).

A vivência do adoecer pode ser encarada como um evento carregado de significado e até mesmo uma oportunidade de crescimento existencial (FARINHAS et al., 2013). Quando o indivíduo encontra um propósito para seguir em frente, apesar dos desafios inerentes à vida, ele é capaz de superar as dificuldades imediatas impostas pelas circunstâncias adversas (BENITES et al., 2017).

Diante de todos os danos físicos, emocionais e sociais que o câncer pode gerar no indivíduo que a vivência, a prática da espiritualidade tem demonstrado contribuir para melhorar a aceitação do diagnóstico e do tratamento, além de promover níveis mais elevados de esperança e otimismo (MARTINS et al., 2021). Como a C5 expressou *“ah eu fiquei tranquila”* frente ao diagnóstico oncológico. Assim, a espiritualidade pode influenciar positivamente as dimensões biopsicossocial e espiritual do paciente oncológico (MARQUES; PUCCI, 2021). Além disso, a manifestação da espiritualidade pela oração e reflexão podem ser formas de lidar com os desafios da doença, oferecendo suporte aos pacientes (FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013).

(...) quando eu saí do consultório dele eu orei e pedi a Deus para que Ele abrisse uma porta, [...], aí eu pedi pra Ele abrir uma porta da cura, porque é difícil pelo SUS, difícil, muita gente, muita coisa, muito clamor, aí eu tô vencendo a batalha (C3) {...} lá em casa são muitos que congregam na igreja e com esse problema o pessoal me ajuda em oração, fazem visita, o pastor, a irmã, as vezes vai outra pessoa de outra igreja e é assim, assim, eles se empenharam em clamar a Deus para eu ter a vitória, para Deus fazer o milagre na minha vida para eu me curar dessa enfermidade sempre tem gente orando muito e eu creio que Deus vai fazer a obra também (.) (C1).

Neste cenário de sofrimento físico, a fragilidade emocional e o medo da morte podem ser amplificados. O engajamento em atividades religiosas e/ou espirituais pode incentivar o indivíduo a enfrentar de forma mais positiva as situações que causam angústia e desconforto (ARAÚJO et al., 2022).

“Somos” seres finitos vivendo de forma infinita e levamos isto a todos os aspectos de nossa vida. Ser finito significa dizer que estamos sempre nos findando, no entanto, temos dificuldade em lidar com isso e, portanto, na maioria das vezes procuramos “infinetizar” nossa existência, postergando-a. As religiões, no geral, estão sempre fazendo isso ao falar em vida pós-morte ou reencarnação, por exemplo. (VIEIRA et al., 2018, p. 64).

Nesse sentido, C1 reforça a ideia de salvação advinda da religião, [...] *então é conviver com a doença e saber conviver com ela para saber se dura mais uns dias e depois que ela zerar você fica com a salvação*. É inerente ao ser humano, diante de tanto sofrimento físico e psíquico recorrer a espiritualidade, como amparo emocional para enfrentar as adversidades impostas pela

doença (CASTILLO e SANTA-CRUZ-ESPINOZA, 2024).

Para além do indivíduo acometido, os familiares também podem ser beneficiados pela espiritualidade, no qual a fé emerge como estratégia crucial para enfrentar tanto o diagnóstico e o tratamento oncológico quanto a morte (BENITES et al., 2017). Assim, C2 relata que:

o meu emocional, graças a Deus, não abalou muito, meu povo abalou, eu tenho uma filha que mora em Parauapebas, um sobrinho que chorou e eu “calma aí menino” e ele mas isso mata, e eu mata, mas eu não vou morrer não, vou morrer no dia que Deus quiser, mas dessa eu não vou morrer, vou não, porque tenho Deus e tô com ele e seguro nas mãos dele, porque as coisas são determinada por ele, Deus determinou com tantos anos vai acontecer isso contigo e é ele lá que manda e eu tô aqui para cumprir o que ele disse, não tô aqui para exagerar, ano tô aqui para aloprar, para ficar muquiado por aqui, me animar toda a vida.

Para esse colaborador consegue ressignificar a doença por meio da temporalidade, o qual, entende que a morte é inevitável e chega para todos, associando por uma vontade divina. A espiritualidade parece ser o principal fator social que indivíduos diagnosticados com câncer tendem a recorrer, na busca de compreensão divina sobre o “problema”, os seus porquês, mas também como encontrar um novo sentido à vida, ressignificar o processo, encontrar auxílio e esperança no enfrentamento da doença (PALLINI et al., 2019). Assim, o ato de ressignificação desse momento vivido torna-se crucial diante do indivíduo diagnosticado com câncer (BENITES et al., 2017), uma vez que a ressignificação de sua existência contribui para o desenvolvimento de resiliência (MARTINS et al., 2021).

A palavra resiliência a partir da origem etimológica vem do latim *resiliens*, significa saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper (PINHEIRO, 2004, p. 68). Diante disso, ser resiliente implica em resistência, vigor e habilidade para enfrentar desafios e se recuperar. Assim, o indivíduo resiliente apresenta uma variedade de recursos psicológicos e emocionais que o auxiliam frente ao diagnóstico e tratamento oncológico (MARTINS et al., 2021). Segundo Sordi et al. (2011, p. 125-126):

Considerando-se que fatores de proteção são modificáveis ao longo da vida e que a resiliência é um constructo dinâmico, alguns autores passaram a pensar na resiliência como um conceito sistêmico. O sistema envolveria tanto a capacidade do indivíduo de adaptar-se ao ambiente externo, quanto do ambiente a modificar-se com o indivíduo. Nesse aspecto, remetemo-nos novamente ao conceito físico de resiliência, à ideia de um corpo que se modifica frente a uma pressão e retorna a um estado de equilíbrio. Um equilíbrio dinâmico é determinado pela intensidade da perturbação inicial e pelas leis que contribuem para a preservação do sistema. Após uma perturbação, o sistema pode se readaptar de maneira igual, mais estável ou instável. Nesse sentido, pensamos em resiliência como a capacidade de se reorganizar frente ao fator estressor, levando em consideração a organização estrutural psíquica do indivíduo de maneira a adaptar-se à sua realidade externa.

Os colaboradores da pesquisa para compreender o cenário que estavam vivenciando, qual seja o de um diagnóstico oncológico, mostraram conteúdos que buscavam transcender o seu sentido de existência, por meio da temporalidade e espiritualidade como finalidade de finitude. Desse modo, a facticidade em receber o diagnóstico exigiu projetar-se no mundo, mesmo com a previsão de uma doença concebida socialmente como incurável, criando possibilidades de ser, que por meio da transcendência, na qual Heidegger, (2015) afirma que seja possível ir além dessas determinações, propondo como é o mundo em que vivemos, que nos é dado, aquilo que sai do controle e que devido a isso, cabe ao nosso modo de ser-aí em meio a ocasionalidade em receber um diagnóstico oncológico buscar novas formas de existir, resistir e ressignificar este mundo.

Outro contexto apresentado nos discursos, mostram o sentido da resiliência, nesse sentido, se tornaria a esperança para enfrentar o diagnóstico e o tratamento, assim, a fé manifesta-se como o alicerce de motivação entre expectativa de cura, e se caso não ocorresse a remissão da doença, a existência não se encerraria no aqui e no agora.

Ser resiliente é vivenciar um processo dinâmico, no qual busca-se por uma reorganização interna psíquica, compreendida como uma habilidade em lidar com as dificuldades cotidianas. Assim, a existência passa a ser de modo a estar imerso em modos concretos de ser (KIRCHNER, 2016).

Ao projetar o seu campo existencial para além dos mobilizadores estruturais dados em seu mundo fático, ele abre ao mesmo tempo um espaço para a apropriação de determinações ontológicas do mundo, para transformação das compreensões do ser dos entes em geral, para a constituição de novos campos de sentido de ser. (CASANOVA, 2012, p. 136).

Existência para Heidegger só é possível por meio da temporalidade em lançar-se para fora de si mesmo. Quando o indivíduo consegue assumir a sua própria existência e se relacionar com o ser-próprio com um grau de responsabilidade é possível perceber a sua autenticidade (OLIVEIRA e CARRARO, 2011).

#### 4.4. SENTIMENTO DE AMBIVALÊNCIA COMO RESSIGNIFICAÇÃO DA VIVÊNCIA DO DIAGNÓSTICO

O processo de sentimentos e comportamentos de resiliência foram identificadas nos relatos dos colaboradores desta pesquisa, concomitante a isso, também ocorreu ambivalência nas narrativas quando apresentavam sobre a vivência do diagnóstico oncológico. Portanto, foi

comum afirmativas de percepções, emoções de medo, preocupação, insegurança, ansiedade, tristeza e incerteza futura frente ao diagnóstico. Contraditoriamente, as narrativas também foram de sentimentos de autocuidado, adesão ao tratamento e enfrentamento da doença, como ilustrados nas narrativas de C1:

a doença só aumenta e judia quando a pessoa se preocupa com ela, não dá para se preocupar com ela não, tem que enfrentar de frente, aí é isso que tô fazendo, de lá pra cá tranquilo, eu sinto sim que fica meio abatido, porque tem que ficar mesmo.

Para o C1 há comprovadamente uma vivência de sentimentos de ambivalência, na qual afirma que está na busca em manter o controle emocional e não se preocupar com a doença, todavia, descobrir-se com este diagnóstico não é uma experiência simples, ainda mais quando se trata de uma condição crônica, cujo tratamento exige tempo.

Essa dualidade emocional frente a patologia é ressaltada quando o C1 expressa novamente não se preocupar com a doença, *“eu não me preocupo, eu fico nessa rotina, mas quando estou em casa eu não me preocupo, [...] e eu fico tranquilo, venho pra cá, tomo o medicamento né”*. Neste sentido específico, o alívio emocional encontrado pelo C1 é reforçar que mesmo com todas as emoções que sente frente ao seu diagnóstico observa que é necessário enfrentar a doença sem preocupação. Esse manejo da preocupação e do estresse também foi evidenciado no discurso da C5 em que disse que: *“não fiquei preocupada não. Pra que minha filha, se estressar, não pode, ainda mais eu que tenho pressão alta, pra se estressar, eu sou cabeça fria”* (C5)

A ambivalência frente ao tratamento oncológico resalta uma instabilidade emocional, que pode desencadear desequilíbrios nas estratégias de enfrentamento positivas e/ou negativas da doença, ocasionando risco psicossocial (FREITAS et al., 2021). Como também é evidenciado pelo relato da colaboradora C4: *“Esses dias eu tava tão agoniada que ela passou uma vitamina pra mente que eu tava querendo dar alzheimer, aí eu tomei dois vidros e agora tô esperando para passar com ela, mas agora eu não estou sentindo mais”*.

A fase de recebimento do diagnóstico promove uma experiência de desestruturação psíquica, marcada por ambivalências e frequentes reavaliações de relacionamentos interpessoais e atividades anteriormente desempenhadas. Isso, em muitos casos, desperta angústias e ansiedades, gerando sentimentos ambivalentes em relação ao tratamento (ANDRADE et al., 2020).

A ambivalência pode ser definida como existência simultânea, e com a mesma intensidade, de dois sentimentos ou duas ideias com relação ao mesmo fenômeno e que se

opõem mutuamente; relacionando o conceito de ambivalência as ideias de projeto, temporalidade e angústia descrita por Heidegger (2015).

Cardinalli (2015) como escolhas e a forma que se vivencia as situações adversas em seu cotidiano e como se estabelece consigo mesmo, com os outros e com o mundo em que vive por um determinado tempo.

A temporalização envolve sempre os três êxtases: o futuro (advir), o passado (retovir) e o presente (apresentar). Eles não se mostram de modo sequencial, um após o outro, uma vez que são indissociáveis e interdependentes, revelando a inter-relação passado-presente-futuro. (CARDINALLI, 2015, p. 251).

Para Heidegger (2015) o futuro pode se revelar a partir dos projetos existenciais, se tal projeto não se concretizar devido a tantas mudanças em nosso cotidiano poderá causar angústia; corroborando com alguns autores que a “Angústia, todavia, é a disposição afetiva que nos volta não para o mundo, mas para nossa própria condição existencial, rompendo os significados sedimentados na trama existencial cotidiana e nos abrindo para a condição de pura possibilidade” (BRAGA e FARINHA, 2017, p. 69).

Naturalmente espera-se se sentir angustiado ao receber um diagnóstico oncológico pois este de direciona para outras formas de existir que estavam fora do projeto do ser-aí destes pacientes. A angústia é diferente de outras emoções como o medo que normalmente é direcionado a algo. Estar angustiado se torna um impulso para o seu próprio encontro com o Ser.

Diante do fenômeno apresentado, estar angustiado não está somente relacionado ao recebimento do diagnóstico oncológico, mas também em poder interromper projetos existenciais e desenvolver outros. Para Heidegger (2015), a angústia não é um sintoma ou uma condição patológica, mas uma forma de existir que se relaciona a circunstâncias de precariedade e provisoriedade.

Desse modo, faz sentido relacionar a provisoriedade com a ideia de finitude e o ser-para-a-morte descrita por Heidegger (2015) e afirmado por Seibt (2015), que “a tendência é fugir da angústia, ao tédio, ao apelo da consciência, à morte, agarrando-se aos projetos seguros em vigência no tempo em que se vive, entrar-se ao curso do rio, deixar-se levar pela correnteza, fugindo para longe de si mesmo” (p. 152).

Ao adotar essa postura, os indivíduos ingressam, como que, em um "fluxo de rio", como uma metáfora que significa permitindo que o ritmo da vida cotidiana os conduza. Isso resulta na evitação de um confronto direto com sua condição e, conseqüentemente, no distanciamento

de uma reflexão mais profunda sobre si mesmos e sobre a finitude da vida (KIRCHNER, 2016).

Ao longo da jornada do câncer, os sentimentos experienciados pelos colaboradores passam por oscilações emocionais, de um lado a esperança e de outro, o medo do porvir. De modo que em meio a isso, exista um processo de aprendizado intenso no sentido de buscar uma (re)estruturação da vida, para determinar o que será feito e assim não perder o controle da situação (VIEIRA et al., 2007).

Assim, percebe-se o desgaste físico e emocional do C1 em realizar o tratamento longe de casa, pois envolve o cansaço físico e emocional:

o que a gente acha ruim é que é longe da casa da gente entendeu? Para fazer o tratamento é longe, tem que ir e voltar e também o transporte, depender de ônibus [...] de ônibus cansa muito, cansa mais do que de carro próprio, mas a gente esquece isso, é poucos dias, e depois é quase um mês, dá para ficar em casa descansado e depois voltar, não é fácil.

Naves e Aquino (2008) corroboram com estas narrativas afirmando que o impacto do diagnóstico provoca diversos sentimentos de ambivalência, que variam de acordo com os recursos psíquicos de cada indivíduo, o momento de vida, as experiências prévias e as perspectivas de vida, o que dificulta lidar com a realidade de maneira verdadeira, podendo desencadear uma defesa pela ambivalência e à evasão de um contato autêntico com a realidade.

Diversos autores associam a ambivalência no diagnóstico em diversos contextos, como: abalos significativos na vida da pessoa, com fantasias e preocupações relacionadas aos estigmas da doença ou até mesmo as mutilações e dor são mobilizadas pela experiência real vivida (ANDRADE et al., 2020); levando a diagnósticos psiquiátricos (SILVA et al., 2008); e mudanças nos papéis ocupacionais dos membros na família, interrompendo planos e perspectivas familiares futuras (NAVES e AQUINO, 2008).

No decorrer da entrevista, o C3 apresenta na sua narrativa uma percepção na melhora nos aspectos emocionais apesar de estar em um tratamento oncológico, mostrando a resignificação como perspectiva de tempo futuro, trazendo de certa forma, como afirmado por Naves e Aquino (2008), sentido de paz com a vida. *“Graças a Deus irmã, eu quando era mais novo eu era mais fraco, mas tô ficando mais idoso e tô ficando mais corajoso sabe [...] hoje eu tô mais forte. E hoje só tenho pensado em ficar bom”* (C3).

Desta forma há nos colaboradores da pesquisa uma dualidade sob a vivência, no sentido que sentimentos e comportamentos ambivalentes diários frente ao diagnóstico. Para além do diagnóstico que adquire um caráter trágico, capaz de suscitar sentimentos de desesperança, depressão e ansiedade, além de medos, especialmente aqueles relacionados à morte iminente

(SILVA et al., 2008).

A C5 destaca que:

não adianta minha filha a gente se estressar e ficar com aquilo na cabeça “eu vou morrer”, não, não pode! que aí morre mais ligeiro. A gente deve ser cabeça fria, isso não é coisa de outro mundo, isso tá marcado na profecia, tá marcado, mais pra frente nós ia ver coisa, muitas coisas que meu avô que dizia que era do outro século, eu não vou ver mais, mas vocês vão ver.

O conteúdo dessa fala expressa as três unidades de significados observadas neste estudo, no qual o estigma da doença com a morte por relacioná-la a finitude, a resignificação pela espiritualidade, e o sentimento de ambivalência que é a tentativa em buscar a estabilidade emocional como estratégia em garantir a longevidade e melhor adaptabilidade ao tratamento.

#### 4.4.1. Estigmas sociais na vivência do diagnóstico oncológico

O diagnóstico oncológico é carregado de estigmas e representações sociais negativas, principalmente de uma doença que gera sofrimento e pode acarretar a morte (DIB et al., 2022). Essas são concepções atreladas ao câncer que foram construídas historicamente e estão enraizadas culturalmente em nossa sociedade (ANDRADE e AZEVEDO, 2018).

O que também foi perceptível em meio as narrativas dos colaboradores da pesquisa como o C1 reforçam a ideia da doença expressando que *“é uma coisa que a gente sabe que é perigosa, é a mais perigosa que existe é esse tal de câncer, ele não brinca com ninguém não”*. Nesse mesmo sentido, a C4 expressou:

eu tava com pouco dia que minha vizinha estava preocupada de quando eu vinha pra cá e aí eu cheguei lá pela terceira vez que eu tinha vindo aqui e ela Dona você se cuida eu tenho medo do médico dizer que é uma doença feia.

O C3 relatou que:

eu pensei que iria morrer, aí eu comuniquei o meu genro. Se eu morrer, me dá uma força para o meu pessoal aí, ajuda a vender as minhas coisas lá, tudo direitinho para ninguém enrolar eles, porque eles não entendem de terra, não entendem de gado, de nada.

Alguns dos colaboradores desta pesquisa apresentaram em suas narrativas além da visão sobre o diagnóstico em si, falas que ouviram de familiares, amigos e vizinhos, associando o câncer a uma doença “feia”, “perigosa”, que “leva à morte”. Portanto, penso ser pertinente

refletirmos sobre isso, afinal, quando ouvimos a palavra câncer, qual a primeira imagem que vem na sua cabeça? Como ela era?

Essa imagem representa a intencionalidade, conceito apresentado na filosofia contemporânea por meio do filósofo Franz Brentano, definido como atos da consciência e fenômenos “psíquicos” ou “mentais”, separando os dos fenômenos “físicos” ou “naturais” (LEONARDI, 2011).

Segundo Silva (2022, p. 146), Brentano “considerava a consciência, além da estrutura e conteúdo, mas como substrato sintético de representações, sensações, imagens, lembranças e esperanças, denominando-as todas de vivências de fenômenos psíquicos, e, portanto, intencionados”. Ainda, na célebre frase de Husserl que “toda consciência é consciência de alguma coisa”, refere-se que devido a nossa jornada no mundo vamos nos apropriando de significados pré-estabelecidos (MOREIRA, 2010).

Desse modo, o diagnóstico oncológico por si só já carrega um enorme arcabouço de significados, representações e estigmas de doença incurável, o diagnóstico que coloca a possibilidade de brevidade da existência (DIB et al., 2020), do qual, os indivíduos nunca esperam ser acometidos por ela, assim como o C1 declarou: “*eu nunca pensei em ter um resultado desses pra mim*”. Essas percepções podem ser atribuídas aos processos sociocognitivos internalizados também pela sociedade através das notícias veiculadas pela mídia (CUNHA et al., 2017). O câncer é uma doença de grande magnitude que gera no paciente um sentimento de risco iminente de morte, provocando mudanças significativas em suas vidas e nas vidas de seus familiares ao enfrentarem essa situação (FERREIRA JUNIOR et al., 2022).

O sentimento de tristeza e a incerteza perante o futuro favorecem a afirmação destes estigmas, no qual diante de tantas incertezas a cura é a principal delas (DIAS; NUNES, 2022). Nesse sentido, C2 expõe que:

o que passou foi que se não tivesse cura (risos), porque tem muitas vezes que a gente chega e não tem mais cura, a gente vê gente assim com problema de próstata que não tem mais jeito, os médicos mandam voltar para morrer em casa.

Diante dessa fala, fica claro que há muitas dúvidas que cercam a eficácia do tratamento, além do desgaste físico, emocional e econômico, entre outros fatores, que alteram substancialmente a qualidade de vida da pessoa com câncer (FERREIRA e DUPAS, 2016). Dessa forma, o medo da doença pode se transformar em uma barreira para sua aceitação, para o tratamento e para a crença na possibilidade de cura (DIB et al., 2022).

O C3 expressa que “*as vezes a pessoa pensa “eu vou durar pouco”, que nada, as vezes*

*a pessoa dura muito, dura tanto, não sabe nem com quantos anos, minha mãe morreu com 96 anos né*”. Diante disso, cada indivíduo tem sua própria compreensão do momento vivenciado, reconhecendo seus limites e superações, e buscando formas para enfrentar as mudanças incertas advindas da doença (DIB et al., 2022).

O estigma social é marcado por estereótipos e discriminações, no qual a experiência de discriminação torna-se um grande estressor, pois destitui o status social do indivíduo e o isola dos demais (CASTILLO e SANTA-CRUZ-ESPINOZA, 2024). O estigma relacionado ao câncer está associado à baixa autoestima, ansiedade, depressão, baixa adesão ao tratamento, isolamento social, limitação do espaço de vida, exclusão social, falta de apoio social e diminuição da qualidade de vida (SINGER, 2018; YILMAZ et al., 2019).

Em pacientes idosos, ocorre uma dupla estigmatização devido a autopercepções negativas do envelhecimento e do câncer. Além dos estigmas relacionados a aparência, no qual se esperam que os pacientes com câncer estejam carecas, magros e com semblante triste (ERNST et al., 2022; WAKIUCHI et al., 2020). Todavia, o que se observou nos relatos de alguns colaboradores foi o oposto, como C1 aponta “*o pessoal lá tudo manga de mim de eu tá com esse problema e dizem que tô muito corado e eu tô muito corado*”; e a C5 reforça “[...] *meus vizinhos de Ipixuna diziam assim: “A C5 não está doente, ela tá alegre e satisfeita toda a vida*”.

A intencionalidade e estigma sociais ocasionados ao longo do tempo sobre o diagnóstico oncológico é resultante de um processo sócio-histórico e que apesar das políticas públicas e estratégias informativas de prevenção e cuidado no campo oncológico, ainda são predominantes na literatura e nos relatos dos colaboradores desta pesquisa o temor diante do câncer; com diversos estereótipos físicos e emocionais, com projeções positivas e negativas de sua existência.

#### 4.5. DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS NO PROCESSO DO DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO

Neste tópico refletiremos as dimensões psicossociais da pessoa na vivência do diagnóstico oncológicos, ou seja, seu ser-no-mundo-com-um-diagnóstico-oncológico, geradora de uma conduta existencial que emerge em permanência entre o ser-aí, ser-com-o-outro e ser-para-a-morte.

Devido a dinamicidade da existência, ao receber um diagnóstico oncológico ocorre novas vivências e com isso, novas mudanças psicossociais são vivenciadas. As narrativas que mudanças ocorreram a partir do recebimento do diagnóstico, por isso, abordarei nesta Unidade

de Significado as mudanças identificadas sob três aspectos principais de conteúdo: 1) Percepção da saúde, 2) Ocupação e vida financeira, e 3) Rede de apoio.

Receber a confirmação do diagnóstico de câncer é um evento que transforma profundamente a vida das pessoas. O paciente tende a abandonar momentos de lazer e a modificar seus hábitos de atividades físicas, alimentares e de sono, frequentemente adaptando sua vida devido à doença (OLIVEIRA et al., 2018). Após o recebimento do diagnóstico e início do tratamento os colaboradores desta pesquisa relataram mudanças na rotina e novos hábitos cotidianos como estratégia de cuidado. O colaborador C1 expressa que: *“eu venho pra cá pego os medicamentos, aí eu volto, eu fico em repouso, não pego peso, não pego muito sol quente, muitas coisas assim eu parei”*. Já o C2 relata que:

antes eu caçava no mato com meu sobrinho, andava para aqui e pra lá e agora não tem que cuidar mais da saúde porque isso é determinado por deus, tem que cuidar mais da saúde né [...] não pegando muito sol, ficando mais em casa, dando uma caminhadinha leve de manhã, mas não é direto também, se eu falar que é direto eu tô mentindo, a alimentação é o de sempre.

A alteração dos hábitos alimentares decorre, principalmente, ao tratamento de quimioterapia e radioterapia. Essas alterações resultam, geralmente, em distorções do paladar e aumento da sensibilidade olfativa, seja devido à própria doença ou como efeito colateral do tratamento (FERNANDES et al., 2020). Tais mudanças levam à perda de peso, baixa ingestão alimentar e redução na qualidade de vida (ANDRADE et al., 2019). Isto exige um olhar mais atento para a nutrição dos pacientes visando um prognóstico favorável, assim a nutrição é um fator chave no tratamento oncológico (GARÓFOLO et al., 2004).

Nesse sentido, a C5 entende a importância da alimentação como estratégia de cuidado da saúde quando reporta que:

agora vou seguir a minha dieta tranquila. Porque se não tiver a dieta não vai pra frente minha filha, a gente comer tudo o que vê pela frente não pode, eu procuro sempre as enfermeiras e pergunta “eu quero saber das comidas, se as mesmas comidas que a gente come quando ganha nenê é a mesma que a gente come com essa doença.

A alimentação é fundamental para apoiar tanto os aspectos físicos quanto emocionais do paciente oncológico compreendendo que mudanças nas escolhas alimentares são necessárias (BAZZAN et al., 2021). Assim, o C3 também refere cuidados com a escolha dos alimentos quando se expressa que *“antes eu comia tudo, comia carne de porco que não pode comer né, mas agora não vou comer mais não”*. Neste contexto, a orientação e recomendação médica, nutricional e de enfermagem sobre o alicerce que pode ser a alimentação saudável ao longo do

processo, bem como as escolhas dos alimentos é de suma importância (FERNANDES et al., 2020; GARÓFOLO et al., 2004).

A C5 reforça essa necessidade quando:

aí eu ficava por dentro de tudo, eu gosto de procurar, que é pra não comer comida remosa, porque tinha uma dona aqui que ela era no peito e logo o dela é maligno e ai ela comia era pimenta, bebia cachaça, era tudo e agora ela estava lá no hospital mas o doutor despachou, ela sempre andou tão profunda que já tomou tudo, e por isso que eu procuro, tem boca, tem que ir acompanhando o que o médico falar.

Para essa colaboradora o cuidado em saúde era a alimentação, buscando por profissionais que pudessem orientá-la a manter a qualidade necessária em sua dieta. A partir disso, vimos que muito colaboradores trouxeram relatos voltados à alimentação, pois apesar dos estudos relacionados nesta área, ainda entendemos que existe uma associação intencional onde a alimentação representa vida em nossa sociedade, desse modo, muitos passaram a adaptar e melhorar seus hábitos alimentares.

As mudanças na percepção de saúde de pacientes oncológicos também estão relacionadas as outras áreas psicossociais como ao isolamento social, a alterações nas relações pessoais e profissionais, bem como no comprometimento de aspectos físicos e emocionais (DIB et al., 2022). As alterações no ser-no-mundo direcionam a atenção para si mesmo, para os prejuízos experimentados e para o que se deseja voltar a ser (ROEHE, 2018). O C1 entende que a doença trouxe algumas restrições como manejo de cuidado em saúde e a expectativa é a melhora dos sintomas físicos para seguir a rotina anterior ao diagnóstico: *“o que mudou é que hoje tem muita coisa que eu não posso fazer né, a única coisa, agora tenho que sarar para eu continuar como era antes, fazer o serviço que eu tinha pra fazer, então é isso”*.

O enfrentamento da doença envolve a capacidade de adaptação do indivíduo, o controle, a redução ou a eliminação das respostas emocionais ao evento estressor. Em outras palavras, são habilidades comportamentais e cognitivas para lidar com o processo de adoecimento (OLIVEIRA et al., 2018).

A colaboradora C4 relatou que a mudança em relação a sua saúde teve interferência na piora do seu quadro psiquiátrico expressando que:

quando eu tava com câncer, que ali eu me deitava e ficava via gente conversar e caminhar na área, mentira, não era nada e foi quando eu fui à psicóloga e falei pra ela que não tava bem, me aborrecia com tudo, jogava as coisas fora, ai ela foi e passou um remédio pra mim experimentar aí eu dormi a noite todinha, era esse que eu tava tomando para a mente.

Embora essa colaboradora já tenha um quadro psiquiátrico anterior ao diagnóstico, estudos demonstram que em meio ao tratamento oncológico é possível aumentar o risco de transtornos mentais comuns, os que interfere na disposição em manter o tratamento, interferindo e comprometendo na sua qualidade de vida. (NIEDZWIEDZ et al., 2019).

O contexto saúde-doença altera a familiaridade do indivíduo com o mundo. O ser-no-mundo saudável, que parecia transparente devido à sua familiaridade, na doença surge como um eu-no-mundo que se torna estranho (ROEHE, 2018). Assim, a dinâmica saúde-doença configura-se como um processo que altera, seja temporariamente ou de forma permanente, a relação do indivíduo com o mundo ao seu redor (KIRCHNER, 2016).

A identificação das demandas psicossociais dos pacientes pelos profissionais de saúde, a compreensão do processo de enfrentamento da doença e a detecção precoce dos transtornos de saúde mental são etapas cruciais na mitigação dos distúrbios mentais em pacientes com doenças malignas (VUCIC et al., 2021). Desse modo, o cuidado com a saúde mental dos pacientes oncológicos deve ser uma prioridade substancial dentro das políticas nacionais de saúde de cada país (WANG e FENG, 2022).

Em contraponto, podem se observar mudanças benéficas na saúde dos pacientes após a melhora dos sintomas físicos identificados no início do tratamento. A C5 reforça que *“mudou que eu não sinto nada graças a Deus, sarou tudo, tô aqui tranquila, só o enjoo de vez em quando”*. Em concordância a C6 reportou que *“eu tô achando bom, está melhorando, senti que melhorei bastante”*. Heidegger traz o conceito de cura, como bem descrito por Oliveira e Carraro (2011, p. 378) como *“uma característica ontológica do ser-aí e diz a respeito à condição do ser-aí cuidar, zelar, por suas possibilidades de poder-ser. Do ponto de vista ôntico, todos os comportamentos e atitudes do homem são dotados de cura e guiados por uma dedicação”*. Assim, a relação do homem consigo mesmo, torna-o sujeito de sua própria realização, no qual Kahlmeyer-Mertens (2015, p. 107) reforça que *“ao retornar a dinâmica projetiva, passada a crise patética da angústia, o cuidado retoma também a facticidade do mundo que sempre foi o seu”*.

Ao cuidar de si, o indivíduo já está cuidando do mundo fático dele, pois ele é resultante deste mundo fático e a sua conexão com o ser-aí e sua historicidade no mundo. Desse modo, o paciente oncológico passa a desenvolver cuidados em seu cotidiano com a estratégia de desenvolvimento de novos hábitos saudáveis com o intuito de transcender a si mesmo e prolongar a existência. *“É por meio da transcendência mediada pela angústia que o sobrevivente ao câncer assume novas atitudes no cuidado de si, revelando o modo de ser autêntico, desde escolhas cotidianas a mudanças mais íntimas relacionadas ao seu modo de ser”* (ALVAREZ e

SALES, 2020, p. 5–6).

Portanto, o fato de existir-no-mundo faz do Ser-aí um ser livre, mas também um ser de escolhas, principalmente após vivenciar uma doença que o faz conhecedor de sua finitude, como o câncer. Nesses momentos, o Ser encontrando-se face a face com sua terrível liberdade de ser ou não ser e de permanecer na inautenticidade ou lutar pela posse de si mesmo transcende seu estado de queda existencial, descobrindo seu poder ser, ou seja, ser para si um Ser do cuidado. (ALVAREZ e SALES, 2020, p. 6).

Motivadas pela própria doença, pelo desejo de assumir o controle da saúde e por aliviar os efeitos pós-tratamento, as mudanças no estilo de vida após o câncer podem ocorrer (ALVAREZ e SALES, 2020), assim como mudanças em outros aspectos da vida pessoal e social, no que diz respeito da ocupação profissional e a vida financeira.

Uma das mudanças perceptíveis ao longo de duas entrevistas foram a preocupação com a ocupação profissional e vida financeira, pois apesar de serem idosos, muitos ainda trabalhavam em empregos fixos ou como autônomos na agricultura/roça e serviços gerais, no qual a impossibilidade de trabalhar emergiu como um aspecto desafiador. Como afirma o C1:

muitas coisas assim eu parei, eu estava sem trabalhar até agora, agora no mês de setembro volto a trabalhar de novo que eu sou funcionário público lá na minha cidade, aí acho que vou voltar a trabalhar, vou falar com meu chefe, porque quando começar a rádio tem que ficar uns 60 dias por aqui.

Para esse colaborador ele estava preocupado com a atividade laboral e como lidaria com o afastamento e retorno ao trabalho. Entende-se que o trabalho representa uma das formas pelas quais os indivíduos se expressam, se identificam e se realizam no mundo. A incapacidade física de realizar as atividades laborais cotidianas evoca sentimentos que afetam negativamente a qualidade de sua existência (SIQUEIRA et al., 2007).

Também, pesquisas sobre a toxicidade financeira têm demonstrado que ela é uma preocupação persistente tanto para pacientes oncológicos quanto para a equipe de saúde (NOGUEIRA et al., 2021). Toxicidade financeira abrange tanto as consequências econômicas do câncer e seu tratamento quanto a preocupação ou sofrimento que resultam disso. Estima-se que entre 48% e 73% dos pacientes com câncer a vivenciem ao longo do tratamento (PEARCE et al., 2019). Associado a isso a conformação da rede assistencial e, principalmente, aos elevados custos dos diferentes tipos e complexidades de tratamento, muitos pacientes precisam se deslocar para um município de referência para realizar o tratamento (TESTON et al., 2018). Embora o SUS garanta o direito ao transporte, alimentação e ajuda de custo para o paciente oncológico e seu acompanhante, na prática, esse direito frequentemente se resume apenas ao

transporte (DIB et al., 2020). Neste contexto, a C4 percebeu drasticamente a interferência na área financeira após recebimento do diagnóstico e início do tratamento, expressando que:

mexeu, toda a nossa reservinha foi embora, tô pensando que se não vierem carro me buscar eu vou ter eu arranjar passagem para ir e aqui a gente tá como se fosse no céu, mas não tem jeito de não gastar, a gente sai de lá com uma micharia, porque aqui a gente tem onde comer, onde dormir, tem tudo, mas você quer comer alguma coisa diferente, você compra e tudo é caro.

Para ela, apesar de o carro/ambulância a buscar em Tucuruí-PA e estar hospedada na casa de apoio, ainda assim, ocorrem muitas despesas financeiras. O diagnóstico de uma doença crônica compromete o orçamento familiar, considerando a necessidade de absorver custos com o tratamento que antes não existiam, mesmo em um contexto de cuidados em saúde universais (CARLOS e TEIXEIRA, 2023). Mesmo com a existência do SUS, gratuito e universal no Brasil, o custo individual da doença permanece elevado contribuindo para o empobrecimento das famílias (KOLANKIEWICZ et al., 2014). A colaboradora C5 relatou a dinâmica familiar realizada para a arrecadação financeira visando o seu acesso ao tratamento: *“Meus filhos me ajudam, porque se não fosse eles eu não estaria aqui minha filha, eles me ajudam, um me manda um pouquinho e outro mais um pouquinho, que aqui a gente tem gasto demais”*.

Além dessas características da população que indicam vulnerabilidades, os sinais e sintomas próprios do adoecimento podem causar problemas sociais que interferem no cotidiano, reduzindo a capacidade de trabalhar e de se relacionar com amigos e familiares (CARLOS e TEIXEIRA, 2023). Assim, as dificuldades financeiras resultantes da impossibilidade de participar da vida profissional preocupam profundamente as pessoas durante o período de tratamento, especialmente para aqueles cujas famílias dependem da renda (SIQUEIRA et al., 2007). A C5 também relembrou seu histórico ocupacional e como ter contato com essas pessoas se tornaria mais tarde uma rede de apoio:

Trabalhava de tudo que via na frente, na roça, nas casas alheia e graças a Deus foi a melhor coisa que eu fiz foi trabalhar para os outros, porque na hora que eu mais precisei todo mundo estendeu a mão.

As relações interpessoais determinam o apoio social, que abrange diversas funções, incluindo apoio emocional, afetivo e material (KOLANKIEWICZ et al., 2014). Este é concebido como um processo que gera efeitos benéficos tanto para o doador quanto para o receptor do apoio, facilitando o aumento da autonomia das pessoas (SANTANA et al., 2008). Na análise heideggeriana, o ser-com revela maneiras de existir no encontro com o outro, que

variam entre a ocupação e a preocupação (FERREIRA et al., 2015). Na ocupação, o indivíduo se deixa guiar pelo desinteresse e descuido em relação aos outros seres ao seu redor; por outro lado, quando ele se preocupa, estabelece-se uma forma de coexistência e, por um privilégio ontológico, torna-se ser-com-os-outros. Neste movimento de solicitude reafirma-se a convivência compartilhada do mundo com os outros (BRAGA e FARINHA, 2017). Assim, a rede de apoio representa um modelo significativo de promoção, prevenção e recuperação da saúde, pois aborda todas essas facetas, oferecendo ao paciente oncológico um cuidado digno durante este momento transitório de sua vida (SANCHEZ et al., 2010).

Ao longo das entrevistas, uma das mudanças percebidas foi o fortalecimento da rede de apoio e dinâmica familiar dos colaboradores da pesquisa. Como enfatizado pela C4, ao receber o diagnóstico oncológico percebeu o abalo emocional dos familiares:

eu fiquei um pouco assim com remorso, mas meu marido e minha menina começaram a me entristecer e eu digo, vocês têm que me dar força eu não vou dar força para vocês não. Essa daí chegou e eu tava na UTI e ela me viu e eu só disse assim pra ela que estava bem, que não era preciso dela sofrer mais não. Mas a gente sente aquele remorso, mas a gente tem que se segurar se não cai de uma vez.

Na perspectiva heideggeriana da meditação, enquanto a abertura inautêntica prejudica o momento do encontro entre as pessoas, a abertura autêntica revela a capacidade do ser-*á* de demonstrar atitudes de companheirismo e cuidado consigo mesmo e com outros seres ao seu redor (FERREIRA et al., 2015). Para a C4, o apoio familiar era uma tentativa de manter o seu estado emocional, ao mesmo tempo em que se demonstrava fortalecida como estratégia em tranquilizar familiares.

O apoio social abarca relações que acarretam compromissos mútuos e vínculos de interdependência que promovem melhorias no estado de saúde das pessoas e podem auxiliar na promoção de uma sensação de coerência e controle sobre a vida (KOLANKIEWICZ et al., 2014). Uma rede de apoio deve fornecer as formas instrumental e emocional de assistência aos seus pacientes, no qual o apoio assistencial é financeiro, incluindo a distribuição do fardo e a orientação prática ao indivíduo; por outro lado, o suporte emocional baseia-se na empatia, no cuidado ao próximo e, por fim, proporciona a sensação de ser acolhido pela equipe de cuidados (SANTANA et al., 2008). A C4 reconhece que sua rede de apoio se estendia a outros conhecidos, como uma chefe antiga que também disponibilizou cuidado através da preocupação e da disponibilização de recurso financeiro se assim fosse necessário: *“Agora mesmo estava falando com uma ex-patroa minha e ela mesmo falou: minha filha você está precisando de alguma coisa?”*.

Torna-se ser-com-os-outros ou solicitude caracteriza-se pela "consideração pelo outro" e pela "paciência com o outro", no qual estas estão relacionadas à temporalidade, já que a consideração remete ao passado, à experiência que já aconteceu, ou seja, tem um olhar voltado para trás. Enquanto a paciência está direcionada para o futuro, devido à esperança do que ainda poderá ser (FERREIRA et al., 2015). Assim, o C3 lembrou de um momento em que um dos seus amigos ofereceu apoio por meio do recurso financeiro: *“Tem até uns amigos meus lá que falou: qualquer coisa fala pra gente, não vai passar necessidade, se precisar de uma merréquinha você me fala”*. Ao ser beneficiado por esse suporte, o paciente reconhece sua importância na rede social e reage de maneira favorável aos desafios, adotando atitudes positivas, como iniciar ou manter ações que promovam seu bem-estar dentro do círculo social (KOLANKIEWICZ et al., 2014).

Portanto, o cuidado é uma característica intrínseca à condição humana e se manifesta por meio das interações com os outros e consigo mesmo (KIRCHNER, 2016). Nessas interações, a vulnerabilidade do ser humano, relacionada à fragilidade e ao risco, pode ser vista como uma expressão do Ser, sem necessariamente ter uma conotação negativa. Quando se encontra em situação de vulnerabilidade, o ser humano tem sua autonomia limitada, pois está sujeito a doenças e outras adversidades, mas isso não implica que esteja inerte, sem capacidade de tomar decisões ou agir (ALVAREZ e SALES, 2020).

## 5. REFLEXÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo compreender as percepções e as vivências de pessoas que receberam um diagnóstico oncológico e suas repercussões psicossociais a partir deste diagnóstico. Embora entenda que o objetivo geral foi alcançado, esta temática é abrangente e não se tem a pretensão em esgotar os fenômenos que norteiam as vivências ocasionadas pelo recebimento do diagnóstico, mas sim, trazer novas reflexões e ampliar caminhos para estudos inovadores sobre vivência e contextos psicológicos no campo oncológico.

Ao longo dessa trajetória, foi realizado o estudo teórico da literatura e em documentos governamentais objetivando conhecer os estudos e documentos que tratam sobre o cotidiano psicossocial ocasionadas por um diagnóstico oncológico. É importante ressaltar que nesta etapa observou-se carência de estudos sobre o campo das vivências e aspectos psicológicos no diagnóstico, em detrimento a estudos que destacavam o tratamento em si e aspectos do campo biomédico.

Foi comum nos estudos afirmativas que os pacientes oncológicos apresentam adoecimento emocional, sintomas relacionados aos quadros depressivos e ansiosos, podendo apresentar também ideação suicida. Por outro lado, na literatura também referiu que pacientes que ressignificam com hábitos saudáveis e novas estratégias de vida apresentam novos sentidos em seu cotidiano.

Na pesquisa empírica me lancei ao mundo dos pacientes oncológicos, considerados colaboradores na pesquisa, todos idosos, com baixa renda e escolaridade, no qual pude compreender que apesar do diagnóstico oncológico ser uma realidade, que os colocavam sua existência a reflexões, era unânime a preocupação em volta de outras dimensões de vida, compondo um processo fortalecido por vulnerabilidade socioeconômica vivenciadas. Ou seja, há a priori uma questão básica de subsistência e luta em contextos socio vulneráveis em razão até mesmo de um diagnóstico, mesmo que oncológico, que se torna secundário em sua vivência.

Ao acessar estes mundos possibilitou perceber que muitos ressignificavam o diagnóstico por meio da espiritualidade, trazendo como recurso de fé, a temporalidade, esperança e finitude, entendendo que se caso o processo de cura não se concretizasse, também era possível associar a ideia de continuidade da existência após a morte e transcender por meio da espiritualidade. Embora ressignificar o recebimento do diagnóstico não significasse ausência de sofrimento, em meio as suas narrativas, foi possível identificar ambivalência de sentimentos, um misto de esperança e desesperança, alegria e tristeza, se tornando inesgotáveis as diferentes formas de

sentir e de se projetar no mundo.

O diagnóstico é vivenciado por sentimento e comportamentos de ambivalência, que são, por um lado um pesar por ter sido acometido pela doença, mas por outro, vivenciando por dimensões da vida, como: o acesso digno à saúde, alimentação, trabalho, renda, rede de apoio em saúde e intersetorial, entre outros. Alguns colaboradores referiram se sentir bem fisicamente e emocionalmente, focados somente no tratamento, trazendo discursos em volta da esperança, mas também percebiam a preocupação, dificuldades em realizar o tratamento longe de casa, danos na saúde emocional e preocupação com familiares o que geravam angústia em meio a perda da sensação em se sentir seguros. Entendemos que essas angústias relacionadas a facticidades estavam voltadas ao temor de um diagnóstico que é tão estigmatizado ao longo da história.

Muitos dos sentimentos de ambivalência identificados estão associados aos estigmas sócio-históricos do câncer, no qual os estudos da intencionalidade nos fornecem uma explicação. As coisas já nos são dadas, ou seja, que desde o nosso desenvolvimento humano fomos ensinados que o câncer carrega um estigma relacionado à morte e que estar com essa doença também se representa nos aspectos físicos, seja na aparência (por serem magros demais, debilitados e carecas) e nos emocionais (tristes, depressivos, prostrados, chorosos). Desse modo, aqueles que se apresentam de uma maneira diferente do esperado, causam a sensação de não estarem doentes, o que me fez pensar: qual é a cara do câncer? O que também foi ao encontro e confronto ao meu olhar intencional enquanto pesquisadora. Assim, fazer pesquisa com base fenomenológica me fez ser sensível ao outro e ao fenômeno experienciado.

Neste estudo também foi possível identificar e refletir sobre as mudanças psicossociais geradas após o recebimento do diagnóstico oncológico: percepção e cuidado da saúde a partir da mudança da rotina, restrição de atividades e hábitos saudáveis visto na qualidade da alimentação, mudanças no trabalho, na vida financeira, e a importância da rede de apoio. Gostaria de delimitar um pouco mais sobre a importância da rede de apoio, o qual, foi perceptível que ao receber um diagnóstico oncológico, todo o núcleo sociofamiliar também é afetado. Desse modo, o fortalecimento emocional se tornou um recurso de enfrentamento fundamental ao longo dessa vivência. Ainda, foi perceptível no discurso dos participantes a preocupação com os familiares e a reestruturação da dinâmica familiar no seu pré-morte, utilizando-se disso como uma estratégia de cuidado.

Cabe discorrer que ao realizar essa pesquisa por meio da abordagem fenomenológica, me possibilitou ir ao encontro do mundo do outro ao mesmo tempo em que ocorria um auto desvelamento, fazendo com que eu fosse me despindo das minhas ideias, da minha

intencionalidade, compreendendo minhas angústias e me lançando na possibilidade do Ser-aí enquanto pesquisadora. A fenomenologia trouxe sensibilidade em enxergar o fenômeno, um olhar sensível aos dados, além daquilo que se mostra, mas daquilo que também não se mostra. Estudando Husserl vivenciei um encontro com a minha intencionalidade e um embate importante com a redução fenomenológica, pelo método de Amedeo Giorgi encontrei uma didática para ter acesso aos relatos e seu desvelamento daquilo que se mostraria e com muita coragem e cautela fui ao encontro de Heidegger em uma tentativa de conhecer a sua analítica ontologia do Ser, uma linguagem um tanto densa, desafiadora e de difícil compreensão.

Durante o percurso ainda identifiquei algumas limitações neste estudo. A minha intencionalidade por estar afetada e por si só já ter um olhar intencional ao fenômeno. O tempo, por morar em outro estado e não conseguir ter acesso ao campo com maior frequência o que interferiu na quantidade da amostra. A instituição, por se tratar de uma casa de apoio com base religiosa o que poderia interferir na narrativa dos colaboradores. A população apresentada neste estudo de alta vulnerabilidade socioeconômica. O que me fez pensar sobre a importância de novos estudos com populações distintas, e possibilitar delimitação de gênero e tipo de diagnóstico oncológico.

Por fim, a importância deste estudo foi possibilitar o encontro das vivências, narrativas e reflexões sobre o mundo vivido ao receber um diagnóstico oncológico, de maneira triangular, articulando com os estudos teóricos e a pesquisa empírica. De tal modo, que possibilite a sociedade em geral a realizar reflexões em relação a essa temática. Creio que é inesgotável a forma de ser-aí, ser-no-mundo e ser-para-a-morte, assim, também se tornam inesgotáveis as diferentes possibilidades em fazer pesquisa fenomenológica. Desse modo, acredito ser pertinente a amplitude futura desta pesquisa pelos olhares de diferentes pesquisadores e áreas de atuação.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. J. R.; CALDEIRA, F. I. D.; GOMES, C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho - REBESDE**, v. 3, n. 2, p. e-017, 2022.
- ALMEIDA, R. R.; DE PAULA, R. M. A fenomenologia de Martin Heidegger e a especificidade metodológica das Ciências Humanas. **Sociologias Plurais**, v. 6, n. 2, 1 jul. 2020.
- ALMEIDA-MENDES, W. D. et al. Analysis of Human Development and the Multidimensional Context. **Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales**, v. 14, n. 2, p. 97–108, 30 dez. 2018.
- ALVAREZ, K. C. P.; SALES, C. A. Existential phenomenological view of health care experiences from the perspective of cancer survivors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190811, 21 dez. 2020.
- ANDRADE, A. L. P. et al. Influência do Tratamento Quimioterápico no Comportamento Alimentar e Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 2, 25 set. 2019.
- ANDRADE, C. C.; HOLANDA, A. F. Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 27, n. 2, p. 259–268, jun. 2010.
- ANDRADE, C. DE J.; GALHARDI, S. R. R. DE B.; AVOGLIA, H. R. C. Reações defensivas de pacientes em tratamento oncológico: análise das principais formas de enfrentamento / Defensive reactions of patients in oncological treatment: analysis of the main forms of facing. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5881–5899, 5 jun. 2020.
- ANDRADE, A. M. R. DE; AZEVEDO, J. M. H. DE. O impacto do diagnóstico oncológico: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Científica Hospital Santa Izabel**, v. 2, n. 3, p. 36–40, 27 set. 2018.
- ARAÚJO, L. DA S. et al. Religiosidade, espiritualidade e a vivência do câncer: um estudo fenomenológico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, p. e3203, 26 ago. 2022.
- BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00067218, 6 ago. 2018.
- BARBOSA, C. G. Considerações sobre o método fenomenológico de Amadeo Giorgi: Alcances e limites. **PLURAL - Revista de Psicologia UNESP Bauru**, v. 1, p. e022016–e022016, 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS, M. B. DE A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.

16, p. 3755–3768, set. 2011.

BAZZAN, L. S. T. et al. Atitudes alimentares de pacientes oncológicos hospitalizados. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e202101623444–e202101623444, 11 dez. 2021.

BENITES, A. C.; NEME, C. M. B.; SANTOS, M. A. D. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 34, n. 2, p. 269–279, jun. 2017.

BEZERRA, M. S. et al. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3833–3846, 28 set. 2020.

BRAGA, T. B. M.; FARINHA, M. G. Heidegger: em busca de sentido para a existência humana. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 23, n. 1, p. 65–73, abr. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII da Ordem Social. Capítulo II da Seguridade Social. Seção II da Saúde. **Casa Civil**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/constituicao-supremo/artigo.asp?abrirBase=CF&abrirArtigo=196#:~:text=Art.&text=Da%20Sa%C3%BAde-,%20Art.,sua%20promo%C3%A7%C3%A3o%20prote%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupe-ra%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 10 fev. 2024.

BRASIL. Lei ordinária nº 10.044, de 5 de setembro de 2023. Declara e reconhece como de utilidade pública para o Estado do Pará, a Associação Casa de Apoio “Amar é Servir”. **Palácio do Governo do Pará**, Pará, 2023. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/pa/lei-ordinaria-n-10044-2023-para-declara-e-reconhece-come-de-utilidade-publica-para-o-estado-do-para-a-associacao-casa-de-apoio-amar-e-servir>. Acesso em: 10 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html). Acesso em: 15 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 211, de 11 de janeiro de 2010. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2010/res0211\\_11\\_01\\_2010.html#:~:text=RES%20OLU%20C3%87%20C3%83O%20N%C2%BA%20211%20DE%2011,sua%20C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2010/res0211_11_01_2010.html#:~:text=RES%20OLU%20C3%87%20C3%83O%20N%C2%BA%20211%20DE%2011,sua%20C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs). Acesso em: 10 fev. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências. **Casa Civil**, Brasília, DF, 2021. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/114238.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/114238.htm). Acesso em: 25 mai. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). **Casa Civil**, Brasília, DF, 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14758.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14758.htm). Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 3.643, de 14 de outubro de 1959. Prorroga o prazo de pagamento dos débitos dos cafeicultores amparados pelas Leis ns. 2.095, de 16 de novembro de 1953, 2.697, de 27 de dezembro de 1955 e 3.393, de 27 de maio de 1958, e dá outras providências. **Casa Civil**, Brasília, DF, 1959. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/13643.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/13643.htm). Acesso em: 20 abr. 2024.

CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L.; CASTANHO, P. Intervenções Psicológicas na Psico-Oncologia. **Mudanças**, v. 29, n. 1, p. 41–47, jun. 2021.

CARDINALLI, I. E. Heidegger: o estudo dos fenômenos humanos baseados na existência humana como ser-aí (Dasein). **Psicologia USP**, v. 26, n. 2, p. 249–258, ago. 2015.

CARDOSO, D. H. et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, p. 1134–1141, dez. 2013.

CARDOSO, É. A. DE O. et al. Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. **Revista da SPAGESP**, v. 19, n. 2, p. 110–122, 2018.

CARLOS, C. A. L. V.; TEIXEIRA, K. M. D. Diagnóstico e tratamento oncológico: reflexão acerca das mudanças na vida do paciente e de sua família. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 13, n. 39, p. 473–490, 30 mar. 2023.

CARVALHÃO, T. et al. Risco de Suicídio e Síndrome de Desmoralização no Doente Oncológico. **Psilogos**, v. 16, n. 1, p. 85–93, 2018.

CARVALHO, V. A. DE et al. **Temas em psico-oncologia**. 1. ed. São Paulo: Summus Editorial, 2008.

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**, v. 13, p. 151–166, 2002.

CASANOVA, M. A. **Compreender Heidegger**. 3 ed. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

CASTILLO, S. R. P. M.; SANTA-CRUZ-ESPINOZA, H. Estigma y salud mental en pacientes con diagnóstico de cáncer. **Enfermería Global**, v. 23, n. 1, p. 114–131, 1 jan. 2024.

CEREZER, C.; FLORES, A. P. M.; ZANARDI, I. M. Introdução Aos Estudos Heideggerianos A Partir De Ser E Tempo: Uma Renovação Contemporânea Da Íntima Questão Do Ser. **Thaumazein: Revista Online de Filosofia**, v. 5, n. 9, p. 67–79, 2012.

CORREA, J. **Unacon Tucuruí pode ampliar atendimento a 22 municípios**. **Correio de Carajás**, 16 jan. 2020. Disponível em: <<https://correiodecarajas.com.br/unacon-tucurui-pode->

ampliar-atendimento-a-22-municipios/>. Acesso em: 15 jul. 2024

COSTA JUNIOR, Á. L. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, n. 2, p. 36–43, jun. 2001.

CRITELLI, D. M. **Educação e dominação cultural: tentativa de reflexão ontológica**. (Dissertação de Mestrado em Educação: História e Filosofia da Educação) —São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 5 abr. 1978.

CUNHA, F. F. DA et al. Representações de pacientes oncológicos sobre o tratamento de quimioterapia antineoplásica Oncologic patients representations about the antineoplastic chemotherapy treatment. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 840–847, 11 jul. 2017.

DARTIGUES, A. **Que E A Fenomenologia? O**. 8ª edição ed. [s.l.] Centauro, 2003.

DETONI, L. L.; DETTONI, J. L.; DETTONI, J. L. O Homem: Ser-No-Mundo-Com-Os-Outros. **Clareira: Revista de Filosofia da Região Amazônica**, v. 3, n. 2, p. 103–113, 2016.

DIAS, D. C. S.; NUNES, M. C. A. O Sentido da Vida após o Diagnóstico de Câncer Hematológico. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 167–180, 2022.

DIB, R. V. et al. O câncer e suas representações sociais para pacientes oncológicos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e187997134, 15 ago. 2020.

DIB, R. V. et al. Pacientes com Câncer e suas Representações Sociais sobre a Doença: Impactos e Enfrentamentos do Diagnóstico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 3, 4 ago. 2022.

ENGLANDER, M. The phenomenological method in qualitative psychology and psychiatry. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 11, n. 1, p. 30682, 1 jan. 2016.

ERNST, M.; BEUTEL, M. E.; BRÄHLER, E. Cancer as a risk factor for distress and its interactions with sociodemographic variables in the context of the first wave of the COVID-19 pandemic in Germany. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, p. 2021, 7 fev. 2022.

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, dez. 2013.

FEIJOO, A. M. L. C.; MATTAR, C. M. A fenomenologia como método de investigação nas filosofias da existência e na psicologia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, p. 441–447, dez. 2014.

FERNANDES, O. A. M. et al. Comportamento alimentar e alterações sensoriais em pacientes em quimioterapia. **Braspen Journal**, v. 35, n. 3, p. 252–257, 15 out. 2020.

FERREIRA JUNIOR, J. et al. Representações sociais dos sentimentos vivenciados pelo paciente portador de neoplasia. **Global Academic Nursing Journal**, v. 3, n. 2, 18 nov. 2022.

FERREIRA, M. DE L. S. M.; DUPAS, G. Repercussão do diagnóstico do câncer de mama no contexto familiar. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 4, p. 84–92, 2016.

FERREIRA, P. C. et al. Sentimentos existenciais expressos por usuários da casa de apoio para pessoas com câncer. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 66–72, mar. 2015.

FONSECA, R. D.; CASTRO, M. M. D. A Importância Da Atuação Do Psicólogo Junto A Pacientes Com Câncer: Uma Abordagem Psico-Oncológica. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 2, n. EE, p. 54–72, 16 out. 2016.

FORTIN, J. et al. The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: A meta-analysis. **British Journal of Cancer**, v. 125, n. 11, p. 1582–1592, nov. 2021.

FREITAS, A. C. M. et al. Abordagem psicossocial do diagnóstico inicial na oncopediatria. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5546, 1 fev. 2021.

FREITAS, M. H. DE; VILELA, P. R. Leitura fenomenológica da religiosidade: implicações para o psicodiagnóstico e para a práxis clínica psicológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 23, n. 1, p. 95–107, abr. 2017.

GARÓFOLO, A. et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 491–505, dez. 2004.

GIORGI, A. Difficulties Encountered in the Application of the Phenomenological Method in the Social Sciences. **Indo-Pacific Journal of Phenomenology**, v. 8, n. 1, p. 1–9, maio 2008.

GIORGI, A. Phenomenological Psychology: A Brief History and Its Challenges. **Journal of Phenomenological Psychology**, v. 41, n. 2, p. 145–179, 1 jan. 2010.

GIORGI, A.; GIORGI, B. Phenomenological Psychology. *In*: WILLIG, C.; STANTON-ROGERS, W. (Eds.). **The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology**. 2. ed. [s.l.] SAGE, 2012. v. cap. 10p. 165–178.

GIORGI, A.; GIORGI, B.; MORLEY, J. The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *In*: WILLIG, C.; ROGERS, W. S. (Eds.). **The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology**. 2. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications Ltd, 2017. p. 176–192.

GOMES, W. B. A Entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente. **Psicologia USP**, v. 8, p. 305–336, 1997.

GUEDES, A. Temporalidade, sentido autêntico da existência e a questão da ontologia fundamental em Heidegger. **Natureza humana**, v. 22, n. 2, p. 219–236, dez. 2020.

HOWELL, D. et al. Sleep disturbance in adults with cancer: a systematic review of evidence for best practices in assessment and management for clinical practice. **Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology**, v. 25, n. 4, p. 791–800, abr. 2014.

HUSSERL, E. **A Crise das Ciências Europeias e a Fenomenologia Transcendental: Uma Introdução à Filosofia Fenomenológica**. 1ª edição ed. [s.l.] Forense Universitária, 2012.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Tradução: Márcia Sá Cavalcante. 10ª Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tucuruí (PA) | Cidades e Estados | IBGE**. Blog. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pa/tucuru.html>>. Acesso em: 15 jul. 2024a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE | Portal do IBGE | IBGE**. Blog. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>>. Acesso em: 15 jul. 2024b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estatísticas de câncer**. Blog. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estatisticas-de-cancer>>. Acesso em: 12 abr. 2024.

KAHLMAYER-MERTENS, R. S. **10 lições sobre Heidegger**. 1ª edição ed. [s.l.] Editora Vozes, 2015.

KIRCHNER, R. A analítica existencial heideggeriana: um modo original de compreender o ser humano. **Revista do NUFEN**, v. 8, n. 2, p. 112–128, 2016.

KOLANKIEWICZ, A. C. B. et al. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 31–38, mar. 2014.

KUBLER-ROSS, E.; MENEZES, P. **Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. 10ª edição ed. [s.l.] WMF Martins Fontes, 2017.

Leitão, Bruna Fabrícia Barboza, et al. **Pacientes com câncer de cavidade bucal submetidos à cirurgia: representações sociais acerca do adoecimento e tratamento**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, vol. 16, nº 1, janeiro de 2013, p. 113–40.

LEONARDI, J. L. Breves considerações sobre a concepção do objeto de estudo da Psicologia para Wundt e para Brentano. **Psicologia em Revista**, v. 17, n. 1, p. 1–15, abr. 2011.

LIMA, H. D. C. et al. O caminhar do usuário na rede de atenção à saúde: vivências e aprendizados de acadêmicos de medicina. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 22, n. 2, 29 dez. 2023.

LINARES-FERNÁNDEZ, S. DE et al. Psycho-oncological intervention in haematopoietic progenitor cell transplant (HPT): Effects of emotional impact. **Terapia psicológica**, v. 35, n. 3, p. 259–270, dez. 2017.

LOBÃO, M. S. P.; LIMA, J. F. DE; RAIHER, A. P. Região Norte Do Brasil: Uma Análise Do Desenvolvimento Humano Municipal Entre 2000 E 2010. **Acta Geográfica**, v. 13, n. 31, p. 1–18, 4 maio 2019.

MACÍAS, Y. C. et al. La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible. **Revista Finlay**, v. 7, n. 2, p. 115–127, jun. 2017.

MADILL, A.; GOUGH, B. **Qualitative research and its place in psychological science**. Washington, DC, US: American Psychological Association, 2016. p. 458

MARQUES, T. C. S.; PUCCI, S. H. M. Espiritualidade nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos. **Psicologia USP**, v. 32, p. e200196, 2021.

MARTINS, H. H. T. D. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 289–300, ago. 2004.

MARTINS, J.; BOEMER, M. R.; FERRAZ, C. A. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 24, n. 1, p. 139–147, 1990.

MARTINS, J. S. et al. Espiritualidade no enfrentamento do tratamento oncológico: revisão integrativa da literatura. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 12, n. 1, p. 116–124, 22 jun. 2021.

MCALEER, S. A history of cancer and its treatment. **The Ulster Medical Journal**, v. 91, n. 3, p. 124–129, set. 2022.

MENDONÇA, A. L. DE O.; CAMARGO JUNIOR, K. R. DE. Os acertos de Descartes: implicações para a ciência, biomedicina e saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00158215, 17 maio 2016.

MINAYO, M. C. DE S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 621–626, mar. 2012.

MOREIRA, V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. **Psicologia em Estudo**, v. 15, p. 723–731, dez. 2010.

MORENO LÓPEZ, S. La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 20, n. 1, p. 63–70, jun. 2014.

NASCIMENTO, C. S. A vivência intencional da consciência pura em Husserl. **Revista Filogênese**, v. 9, 2016.

NAVES, A. J.; AQUINO, M. G. DE. Reflexões sobre alguns aspectos envolvidos no diagnóstico oncológico. **Akrópolis - Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, v. 16, n. 1, 2008.

NIEDZWIEDZ, C. L. et al. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. **BMC Cancer**, v. 19, n. 1, p. 943, 11 out. 2019.

NOGUEIRA, L. DE A. et al. Implicações da toxicidade financeira na vida de pacientes com câncer: uma reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200095, 24 mar. 2021.

OLIVEIRA, J. M. DE; REIS, J. B.; SILVA, R. A. DA. Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 4, p.

938–946, 4 abr. 2018.

OLIVEIRA, M. DE F. V. DE; CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, n. 2, p. 376–380, 2011.

OLIVEIRA, E. D.; ANDRADE, M. C. DE M. A Psico-oncologia e seus diversos desdobramentos. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 1, 25 jun. 2019.

OLIVEIRA, N. M.; DALLABRIDA, J. R. R. Desenvolvimento socioeconômico de um país periférico da América Latina: Brasil. **Observatorio de la Economía Latinoamericana**, n. 179, 2013.

PALLINI, A. C. et al. Percepções de pacientes oncológicos sobre espiritualidade: um estudo qualitativo. **Psicologia para América Latina**, n. 32, p. 169–179, nov. 2019.

PATIAS, N. D.; VON HOHENDORFF, J. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicologia em Estudo**, v. 24, 21 nov. 2019.

PEARCE, A. et al. Financial toxicity is more than costs of care: the relationship between employment and financial toxicity in long-term cancer survivors. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 13, n. 1, p. 10–20, 1 fev. 2019.

PERES, V. L. A. Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação. **Revista Brasileira de Psicodrama**, v. 27, n. 1, p. 145–148, jun. 2019.

PINHEIRO, S. B. Atenção em saúde: Modelo biomédico e biopsicossocial, uma breve trajetória. **Revista Longeviver**, v. III, n. 9, p. 33–45, 13 jan. 2021.

PINHEIRO, Débora Patrícia Nemer. **A Resiliência Em Discussão**. *Psicologia Em Estudo*, vol. 9, no 1, abril de 2004, p. 67–75.

PORTAL DA CIDADE. **Casa de Passagem na vila permanente precisa de ajuda!** Disponível em: <<https://tucurui.portaldacidade.com/noticias/cidade/casa-de-passagem-necessita-de-ajuda-para-manter-os-atendimentos-3652>>. Acesso em: 15 jul. 2024.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **IDHM UF 2010**. Blog. Disponível em: <<https://www.undp.org/pt/brazil/idhm-uf-2010>>. Acesso em: 15 jul. 2024.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **O que é o IDHM**. Blog. Disponível em: <<https://www.undp.org/pt/brazil/o-que-e-o-idhm>>. Acesso em: 15 jul. 2024.

REY, F. G. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os Processos de Construção da Informação**. 1ª edição ed. [s.l.] Editora Cengage, 2006.

ROEHE, M. Contribuições da analítica existencial de Martin Heidegger para o pensamento sobre saúde. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 128–138, 17 jan. 2018.

SANCHEZ, K. DE O. L. et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando

caminhos e direções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 290–299, abr. 2010.

SANTANA, J. J. R. A. DE; ZANIN, C. R.; MANIGLIA, J. V. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 18, p. 371–384, 2008.

SANTOS, P. A. DOS; SERRALTA, F. B. Narrativas sobre o câncer: um estudo clínico-qualitativo em cuidados paliativos. **Revista da SBPH**, v. 22, n. 2, p. 301–324, dez. 2019.

SEIBT, C. L. **Por uma Antropologia Existencial-originária: Aproximações ao Pensamento de Martin Heidegger**. 1ª edição ed. [s.l.] Editora Unijuí, 2015.

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, dez. 2014.

SILVA, C. M.; VIEIRA, E. M.; FREIRE, J. C. Pesquisa Fenomenológica em Psicologia: Ainda a Questão do Método. **Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 26, n. 2, p. 199–207, 2020.

SILVA, J. A. G. DA et al. **O corpo na perspectiva interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2016.

SILVA, M. J. S. DA et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 63, n. 3, p. 177–187, 2017.

SILVA, M. J. S. DA; BERGMANN, A. Novos Rumos da Política de Controle do Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 1, p. e-002668, 29 mar. 2022.

SILVA, R. B. E; BOAVENTURA, C. B. F. Psico-oncologia e Gestalt-terapia: uma comunicação possível e necessária. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 17, n. 1, p. 37–46, jun. 2011.

SILVA, M. DE N. R. M. DE O. A Teoria da Intencionalidade de Franz Brentano e uma Analogia com a Vivência da Escuta das Vozes. **Revista de Filosofia Moderna e Contemporânea**, v. 10, n. 2, p. 143–155, 31 ago. 2022.

SILVA, M. L. A. E. et al. Vulnerabilidade Social, Fome E Pobreza Nas Regiões Norte E Nordeste Do Brasil. *In*: ALMEIDA, F. A. D. (Ed.). **Políticas Públicas, Educação e Diversidade: Uma Compreensão Científica do Real**. 1. ed. [s.l.] Editora Científica Digital, 2020. p. 1083–1105.

SILVA, S. DE S.; AQUINO, T. A. A. DE; SANTOS, R. M. DOS. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 4, n. 2, p. 73–89, dez. 2008.

SINGER, S. Psychosocial Impact of Cancer. **Recent Results in Cancer Research. Fortschritte Der Krebsforschung. Progres Dans Les Recherches Sur Le Cancer**, v. 210, p. 1–11, 2018.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BOEMER, M. R. O vivenciar a situação de ser com câncer: alguns desvelamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 605–611, 1 ago. 2007.

SORDI, Anne Orgler et al. **O conceito de resiliência: diferentes olhares**. Revista brasileira de psicoterapia. 2011.

STENFORS, T.; KAJAMAA, A.; BENNETT, D. How to ... assess the quality of qualitative research. **The Clinical Teacher**, v. 17, n. 6, p. 596–599, 2020.

TEIXEIRA, L. A. DA S.; PORTO, M. A. T.; NORONHA, C. P. **O câncer no Brasil: passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TESTON, E. F. et al. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. **Escola Anna Nery**, v. 22, p. e20180017, 27 ago. 2018.

THEOBALD, M. R. et al. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1249–1269, dez. 2016.

VAHL, M. J. Quem é Martin Heidegger: entre o pensamento e a biografia. **Razão e Fé**, v. 12, n. 1, p. 67–92, 19 jun. 2010.

VIEIRA, B. M. et al. Psicologia clínica e espiritualidade: limites e possibilidade à luz da fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger. **Mundo Livre: Revista Multidisciplinar**, v. 4, n. 2, p. 58–66, 13 dez. 2018.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. DE M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 311–316, jun. 2007.

VUCIC, V. et al. Mental Health Assessment of Cancer Patients: Prevalence and Predictive Factors of Depression and Anxiety. **Iranian Journal of Public Health**, v. 50, n. 10, p. 2017–2027, out. 2021.

WAKIUCHI, J. et al. Meanings and dimensions of cancer by sick people - a structural analysis of social representations. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03504, 2020.

WANG, Y.; FENG, W. Cancer-related psychosocial challenges. **General Psychiatry**, v. 35, n. 5, p. e100871, 6 out. 2022.

WILLIG, C. What can qualitative psychology contribute to psychological knowledge? **Psychological Methods**, v. 24, n. 6, p. 796–804, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The top 10 causes of death**. Blog. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>>. Acesso em: 12 abr. 2024.

YILMAZ, M. et al. Cancer-Related Stigma and Depression in Cancer Patients in A Middle-Income Country. **Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing**, v. 7, n. 1, p. 95–102, 23 out.

2019.

ZILES, Urbano. **Fenomenologia e teoria do conhecimento em Husserl**. Revista da Abordagem Gestáltica, vol. 13, no 2, 2007, p. 216–21.

ZUBEN, N. A. VON. A Fenomenologia como retorno à ontologia em Martin Heidegger. **Trans/Form/Ação**, v. 34, p. 85–102, 2011.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

<b>Nome:</b> _____		
<b>Idade:</b> _____ <b>Data de Nascimento:</b> ____/____/____.		
<b>Cidade:</b> _____		
<b>Residência:</b> ( ) Zona Rural ( ) Zona Urbana		
<b>Gênero</b> ( ) feminino ( ) masculino ( ) mulher transexual/transgênero ( ) homem transexual/transgênero ( ) travesti ( ) não binário ( ) gênero fluído ( ) outros _____		
<b>Estado Civil:</b> ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Viúvo (a) ( ) União estável ( ) Amasiado		
<b>Cor:</b> ( ) Branco (a) ( ) Pardo (a) ( ) Preto (a) ( ) Amarelo (a)		
<b>Escolaridade:</b> ( ) Analfabeto(a) ( ) Sabe ler e escrever ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Curso Superior ( ) Pós-graduação		
<b>Profissão:</b> _____		
<b>Você está trabalhando atualmente:</b> ( ) Não ( ) Se sim, qual a sua ocupação: _____		
<b>Você reside com quem?</b> ( ) Sozinho (a) ( ) Cônjuge ( ) Familiares ( ) Outros _____		
<b>Você tem filhos?</b> ( ) Não ( ) Se sim, quantos? _____		
<b>Você tem alguma religião?</b> ( ) Não ( ) Se sim, qual: _____		
<b>Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?</b> ( ) Nenhuma renda. ( ) Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.212,00). ( ) De 2 a 4 salários mínimos (de R\$ 2.424,00 até R\$ 4.848,00). ( ) Mais de 4 salários mínimos (mais de R\$ 4.848,00).		
<b>Você já realizou outros tratamentos de saúde?</b> ( ) Não ( ) Se sim, qual: _____		
<b>Diagnóstico:</b> _____		
<b>Data que recebeu o diagnóstico aproximadamente:</b> _____		
<b>Sintomas:</b> _____		
<b>Tratamento:</b> _____		
<b>1) Fale sobre o momento em que você recebeu o seu diagnóstico oncológico.</b>		
<b>2) Fale sobre as mudanças ocorridas na sua vida a partir do momento em que recebeu o diagnóstico oncológico até os dias atuais.</b>		
<b>Diário de pesquisador:</b> _____ _____ _____ _____		
<b>Local:</b>	<b>Data:</b> / /	<b>Hora:</b>

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, da pesquisa *Percepções e vivências a partir de um diagnóstico oncológico e suas repercussões psicossociais*, com o objetivo de conhecer as percepções de pessoas que vivenciam um diagnóstico oncológico e as suas repercussões psicossociais, realizado pelas pesquisadoras, Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva Telefone para contato: (61) 98304-9709; e Taynara Fidelis dos Reis Silveira, Telefone para contato: (94) 98121-8161.

Asseguramos ao(a) senhor(a) que seu nome será mantido o mais rigoroso sigilo. A sua participação será voluntária e se dará como colaborador(a), participando de uma entrevista mediada pela pesquisadora. O tempo de duração da entrevista se dará até 60 minutos aproximadamente. Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, uma sua e outra das pesquisadoras. Em qualquer momento poderá se recusar a responder, ou mesmo solicitar a retirada do consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer prejuízos. Para isso, é necessário ter mais de 18 anos de idade, ter recebido diagnóstico de câncer pela primeira vez, que estejam em tratamento oncológico no período de 2 até 12 meses e concordar com a participação assinalando ao final deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Se faz necessário esclarecer que o risco desta pesquisa se relaciona a exposição de emoções e o cotidiano ocasionado pelo diagnóstico oncológico, podendo gerar desconforto emocional e sentimentos desagradáveis. Por este motivo, informo que a pesquisadora poderá receber demandas por e-mail, nas quais serão acolhidas, e se necessário serão encaminhadas para serviços de apoio psicológico da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON. Além disso, é importante destacar que esta pesquisa apresenta benefícios relevantes, como conhecer as percepções de pessoas que vivenciam um diagnóstico oncológico e as suas repercussões psicossociais e assim contribuir para estratégias informativas aos pacientes e profissionais que vivenciam a oncologia.

Os resultados serão divulgados por meio de relatório de pesquisa, com dados do perfil e encaminhamentos por e-mail aos participantes, como também material acadêmico pela Universidade Federal do Pará - UFPA, podendo ser publicados posteriormente. Os dados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Este projeto segue as Resoluções CNS n. 466 de 2012 e n. 510 de 2016 do CONEP, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Federal do Pará - UFPA – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos; e foi aprovado sob o número 6.114.879. Além disso, este Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (CEP - ICS/UFPA). Rua Augusto Corrêa, nº 01, Campus do Guamá. UFPA, Faculdade de Enfermagem do ICS, sala 13, 2º andar, CEP: 66.075-110, Belém-Pará. Tel: 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_, Local: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Pesquisadora/Orientadora da Pesquisa

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO DE IMAGEM E VOZ

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM E VOZ

Eu, CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ participante do estudo *Percepções e vivências a partir de um diagnóstico oncológico e suas repercussões psicossociais*, de forma livre e esclarecida, cedo o direito de uso das fotografias, vídeos e/ou voz adquiridos durante sua participação em estudo/pesquisa, e autorizo as pesquisadoras, (Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva e Taynara Fidelis dos Reis Silveira), bem como a instituição a qual esteja vinculado), responsáveis pelo trabalho a:

1- utilizar e veicular as fotografias, vídeos e/ou voz obtidas durante a sua pesquisa como parte para obtenção do mestrado acadêmico. Garantido a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações), inclusive, mas não restrito a ocultação da face e/ou dos olhos, quando possível;

2- utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis); na publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções; 3- no caso de imagens, executar livremente a montagem das fotografias, realizando cortes e correções de brilho e/ou contrastes necessários, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida;

4- no caso da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

O participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão das fotografias, dos vídeos e/ou da voz, e que está ciente que pode retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados. É vedado as pesquisadoras utilizar as fotografias, os vídeos e/ou a voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira. As pesquisadoras declaram que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no Brasil.

O participante receberá uma cópia assinada e datada deste termo.

Tucuruí-PA \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepções e vivências a partir de um diagnóstico oncológico e suas repercussões psicossociais

**Pesquisador:** TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66931123.0.0000.0018

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.114.879

#### Apresentação do Projeto:

Embora tenham se passado os anos e estudos aprofundados na oncologia tem sido desenvolvido, ainda é notório em nossa sociedade a visão conturbada em relação ao diagnóstico oncológico, bem como a sua relação entre saúde, doença, tratamento, vida e finitude. A partir disso, o objetivo geral é conhecer as percepções de pessoas que foram acometidas por um diagnóstico oncológico e suas repercussões psicossociais a partir deste

diagnóstico. O percurso metodológico se trata de uma pesquisa em caráter qualitativo descritivo em estratégia fenomenológica e acontecerá nas seguintes etapas: (1) estudo teórico da literatura e documental; e (2) estudo empírico sobre a temática do estudo. O cenário escolhido para a realização da pesquisa foi a Casa de Apoio Irmã Noêmia de Souza Lima, onde abriga pacientes e seus acompanhantes, em tratamento em uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON. Os participantes da pesquisa serão homens e mulheres maiores de 18 anos que receberam diagnóstico oncológico entre dois e doze meses. O instrumento utilizado para a coleta de dados será a entrevista semi-estruturada e tratamento análise de dados será a partir do método fenomenológico indicado por Amedeo Giorgi. A presente proposta de pesquisa se torna inovadora, relevante e fundamental no âmbito social e científico, abordando um olhar fenomenológico sobre o fenômeno que é receber um diagnóstico oncológico e suas repercussões psicossociais. Concomitante aos demais estudos científicos,

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



Continuação do Parecer: 6.114.879

produções de trabalhos, literatura e articulações entre teoria e prática, o presente estudo contribuirá em conhecer as vivências de um diagnósticos e mudanças psicossociais, se tornando uma estratégia informativa principalmente aqueles que estão inseridos no âmbito oncológico.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Conhecer as percepções de pessoas que foram acometidas por um diagnóstico oncológico e suas repercussões psicossociais a partir deste diagnóstico.

Objetivo Secundário:

- Conhecer a literatura sobre o diagnóstico oncológico e repercussões psicossociais associadas a esta área;
- Discorrer sobre a vivência de receber um diagnóstico oncológico;
- Caracterizar aspectos psicossociais ocasionados a partir de um diagnóstico oncológico;
- Discorrer sobre o sentido de pessoas acometidas por um diagnóstico oncológico, refletindo sobre contexto em saúde mental.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

- Possibilidade de constrangimento, desconforto, medo, vergonha ao responder o questionário;- Quebra de sigilo/anonimato/ confidencialidade;-Estresse ou dano;- Cansaço ao responder às perguntas;

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados em estratégia informativa a sociedade em geral, principalmente a comunidade oncológica, envolvendo profissionais, pacientes e acompanhantes/familiares. Possibilitando em reflexões e criação de estratégias que possibilite a promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais e culturais. A pesquisa considera dessa forma, as relações, os processos de investigação da existência, sentido e outros movimentos inerentemente sociais como campo de análise. Sendo assim, estes pressupostos acima apresentados mostram-se como relevantes para orientar investigações e acompanhar fenômenos que ocorrem nos processos relacionais que tem sua expressão no campo social e na história.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ**



Continuação do Parecer: 6.114.879

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2077664.pdf	31/01/2023 08:51:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/01/2023 08:41:59	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_aceite_do_orientador.pdf	27/01/2023 18:23:35	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_2023_Submissao_CNS.pdf	25/01/2023 20:00:23	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/01/2023 19:58:19	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_taynara.pdf	25/01/2023 19:49:25	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INSTITUICAO.pdf	25/01/2023 19:48:30	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_ASSINADO.pdf	25/01/2023 19:44:23	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Nazareth.pdf	20/01/2023 14:52:43	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_ao_CEP.pdf	20/01/2023 09:59:23	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.pdf	19/01/2023 23:56:32	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	19/01/2023 23:54:29	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ONUS_FINANCEIRO_A_UFPA.pdf	19/01/2023 23:50:45	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	19/01/2023 23:49:00	TAYNARA FIDELIS DOS REIS SILVEIRA	Aceito
Outros	Termo_Imagem_e_voz.pdf	19/01/2023	TAYNARA FIDELIS	Aceito

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



Continuação do Parecer: 6.114.879

Outros	Termo_Imagem_e_voz.pdf	23:46:22	DOS REIS SILVEIRA	Aceito
--------	------------------------	----------	-------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 13 de Junho de 2023

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

## ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

### DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

**Local:** Casa de apoio amar é servir

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado " Percepções e vivências de um diagnóstico oncológico e as repercussões psicossociais" declaram estarem cientes com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012, 510/2016 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Tucuruí-PA, 09 / 01 / 2023 .

Tayma F. de Res. Siqueira  
Ass: Pesquisador Responsável

  
Ass: Responsável pela Instituição

Nome: Anderson de Souza Lima  
Cargo: Declarar em Exercício  
Instituição: Casa de Apoio Humano e Saúde  
Número de Telefone: (93) 99223-2156