



Hospital de Clínicas
de Uberlândia

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (UNI E MULTIPROFISSIONAL) – PRAPS/FAMED/UFU
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – COREMU/UFU

RENATA SILVA BARBOSA

**EXPERIÊNCIA DO PACIENTE COM CÂNCER DE BOCA EM RELAÇÃO AO
SEU DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO**

UBERLÂNDIA

2019



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (UNI E MULTIPROFISSIONAL) – PRAPS/FAMED/UFU
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – COREMU/UFU

RENATA SILVA BARBOSA

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE COM CÂNCER DE BOCA EM RELAÇÃO AO SEU DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado a Universidade Federal de Uberlândia como parte das exigências da Residência Multiprofissional em Saúde para obtenção do título de Especialista em Oncologia .

Orientador (a): Me. Dhiancarlo Rocha Macedo

UBERLÂNDIA

2019

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus por me dar força, coragem e sabedoria para a concretização deste trabalho. Agradeço em especial ao meu Orientador Prof. Me. Dhiancarlo Rocha Macedo, pelo companheirismo, pelas oportunidades que me proporcionou no decorrer dessa trajetória, o meu muito obrigado! Aos tutores, Prof. Dr. Luiz Fernando Barbosa de Paulo e Profa. Dra. Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes, pela amizade, carinho, incentivo, paciência, confiança e por compartilhar comigo todo conhecimento durante esses anos. A minha Mãe, minhas Avós, Maria e Zilda, e todos aqueles que participaram de alguma forma para que eu chegasse até aqui, á vocês, minha eterna gratidão! Aos amigos que conquistei no decorrer dessa caminhada, que fizeram dos meus dias mais felizes e compartilharam comigo os melhores momentos, vocês vão fazer falta! Á todos os funcionários, equipe PROCEDE, meu carinho e gratidão! Aos pacientes que me foram confiados, que me permitiram aprender e exercer a odontologia com empatia e amor, vocês fizeram a diferença na minha vida. Á todos que estive comigo no decorrer dessa jornada, meu muito obrigado e até breve!

“Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível.” (Charles Chaplin).

EXPERIÊNCIA DO PACIENTE COM CÂNCER DE BOCA EM RELAÇÃO AO SEU DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO

RESUMO

Introdução: O câncer de boca é, no Brasil, atualmente o quinto tipo de câncer mais frequente nos homens e o décimo segundo nas mulheres, principalmente em indivíduos com mais de 50 anos. Encontra-se em íntima relação com o tabagismo e etilismo, sendo que essa combinação aumenta consideravelmente o poder carcinogênico. O câncer envolve uma gama de sentimentos que dependem das experiências individuais vivenciadas em resposta ao recebimento do diagnóstico. O diagnóstico na maioria das vezes revela uma experiência dramática, inesperada, chocante, reforçando o estigma negativo desta doença e sua associação com a morte. **Objetivo:** Compreender e descrever a experiência do diagnóstico na perspectiva do paciente com câncer de boca. **Metodologia:** Trata-se de um recorte de um estudo exploratório e descritivo, que utilizou a metodologia qualitativa. O referencial teórico foi a Antropologia Médica e como percurso metodológico foi utilizado o estudo de caso etnográfico. **Operacionalização do estudo:** Os dados foram coletados utilizando recursos da etnografia. As entrevistas foram áudio-gravadas e posteriormente, transcritas, sendo realizada concomitante a análise temática dos dados. **Considerações Finais:** A doença surge, e com ela o sofrimento, o estigma, as seqüelas, e as mudanças físicas. Fica claro a necessidade de reconhecer as condutas guiadas pelos valores humanos e não apenas por conhecimentos técnicos e terapêuticos, compreendendo a angústia e todo seu impacto emocional, aplicando sua sensibilidade para lidar com uma pessoa fragilizada pela doença.

Palavras-chave: Diagnóstico; Impacto do diagnóstico, Neoplasias de cabeça e pescoço; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Introduction: Malignant neoplasm in the oral cavity is currently the fifth most frequent type of cancer in Brazil, especially in individuals older than 50 years. It is closely related to smoking and alcoholism, and this combination greatly increases the carcinogenic power. Oral carcinogenesis involves a range of terms and feelings that depend on individual experiences in response to the various feelings expressed when diagnosed with Cancer. The diagnosis most often reveals a dramatic, unexpected, shocking experience, reinforcing the negative enigma of anxiety and concern for Death. **Objectives:** To understand and describe the diagnostic experience from the perspective of the patient with oral cancer; **Methodology:** This is a description of an exploratory and descriptive study, which used the qualitative methodology. The theoretical reference was Medical Anthropology and as a methodological course the ethnographic case study was used. **Operation of the study:** Data were collected using resources from ethnography. The interviews were audio-recorded and later transcribed, and the thematic analysis of the data was performed concomitantly. **Final Thoughts:** Disease arises, and with it suffering, stigma, sequel, and physical changes. It is clear the need to recognize behaviors guided by human values and not only by technical and therapeutic knowledge, understanding the anguish and its emotional impact, applying its sensitivity to deal with the hearing and the feeling of a person debilitated by the disease.

Keywords: Diagnosis; Impact of diagnosis. Head and neck neoplasms; Qualitative research;

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM – Antropologia Médica

CCP – Câncer de cabeça e pescoço

CB – Câncer de boca

CEC – Carcinoma Espinocelular

CNS – Conselho Nacional de Saúde

EC – Estudo de caso

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PROCEDE – Programa de cuidados específicos a doenças estomatológicas

RT – Radioterapia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

QT - Quimioterapia

PQ – Pesquisa qualitativa

Sumário

1.0 INTRODUÇÃO	9
2.0 OBJETIVO	11
3.0 MÉTODO	12
3.1 ANTROPOLOGIA MÉDICA.....	12
3.2 ESTUDO DE CASO ETNOGRÁFICO.....	13
3.3 LOCAL DO ESTUDO.....	14
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	14
3.5 SELEÇÃO DA PARTICIPANTE.....	14
3.6 COLETA DE DADOS.....	15
4.0 APRESENTAÇÃO DO CASO.....	15
5.0 UNIDADES TEMÁTICAS E SUBTEMAS.....	16
5.1 O DIAGNÓSTICO.....	16
5.2 IMPACTO DO DIAGNÓSTICO	21
6.0 DISCUSSÃO	22
7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
8.0 REFERÊNCIAS.....	28

1.0 INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2018), câncer é o nome dado ao conjunto de mais de cem doenças que possuem como características o crescimento e desenvolvimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. É causado por fatores externos (produtos químicos, físicos e biológicos) e internos (mutações hereditárias, condição imunológica e hormônios). Estes fatores podem agir em conjunto ou em sequência, para iniciar ou promover o desenvolvimento do câncer. O câncer pode ser tratado, principalmente, com cirurgia, radioterapia (RT), quimioterapia (QT), transplante de medula óssea e terapia hormonal. No mundo, são esperados para 2030, 22 milhões de novos casos de câncer (BRASIL, 2018).

O câncer é a principal causa de morte em países economicamente desenvolvidos e a segunda principal causa de morte nos países em desenvolvimento. A incidência do câncer está aumentando nos países em desenvolvimento econômico, como resultado do crescimento e envelhecimento populacional, além da adoção de estilos de vida incluindo tabagismo, sedentarismo e dieta pobre em frutas e verduras (BOYLE; LEVIN; OTHERS, 2008; GHANI et al., 2013;).

Os cânceres localizados em região de cabeça e pescoço correspondem a cerca de 10% dos tumores malignos, sendo que, aproximadamente, 50% desses cânceres estão localizados na cavidade oral (BOYLE; LEVIN; OTHERS, 2008).

É considerado um problema de saúde pública em várias partes do mundo, onde se constata crescente incidência e elevadas taxas de mortalidade, assim como suas inúmeras repercussões na vida dos adoecidos, no contexto social, econômico e familiar. Embora possam ser caracterizados diferentes tipos, 95% das doenças são representadas pelo Carcinoma Espinocelular (CEC) (VARGAS-FERREIRA et al., 2012; FERNANDES; BERGMANN; OLIVEIRA, 2013; TADBIR et al., 2013).

O CEC pode ocorrer em qualquer área da boca, porém algumas áreas são mais prevalentes como a língua, o assoalho bucal e o lábio. Áreas menos frequentes compreendem a mucosa jugal, região retromolar, gengiva e palato duro (WARNAKULASURIYA, 2009; SCULLY, 2011;).

No Brasil, o Câncer Bucal (CB) apresenta-se como a quinta forma mais comum de câncer entre os homens e o décimo segundo entre as mulheres. Foram estimados 11.200 casos novos de CB em homens e 3.500 em mulheres para o ano de 2018. Vários trabalhos relatam que o CB é mais prevalente em homens, apesar deste quadro estar sendo alterado pelo aumento do número de mulheres tabagista e etilista (BRASIL, 2018).

Sua causa é multifatorial. Entre os principais fatores associados ao seu desenvolvimento, citam-se: idade superior a 40 anos, exposição crônica a produtos do tabaco, álcool e radiação ultravioleta, infecção viral e carências nutricionais (TOPORCOV et al., 2012; GHANI et al., 2013; SALEH et al., 2014).

A aparência clínica do CEC em estágios avançados é bastante característica, facilitando seu diagnóstico, porém em situações iniciais podem ser confundidos com outras lesões benignas levando a diagnósticos incorretos e atrasando o início do tratamento (SCULLY, 2011).

O diagnóstico do câncer geralmente causa impacto negativo tanto para o paciente quanto para seus familiares. Com isso algumas reações são geradas, como aquelas que estão associadas ao estigma que envolve a doença, considerada pela sociedade uma patologia terrível, sem cura e que geralmente está associada ao sofrimento e morte (BOSSONI et al., 2013). Como ressalta Silva; Aquino e Santos (2008), essas respostas podem causar desgaste emocional e sentimento de culpa, o que torna o entendimento e enfrentamento da patologia algo de difícil convivência.

O estágio de diagnóstico da doença, o tempo transcorrido até o seu diagnóstico, bem como o tempo entre diagnóstico e tratamento de CCP são de grande relevância para o prognóstico do paciente, pois as taxas de sobrevivência são geralmente baixas. Além disso, o atraso terapêutico implica maior sofrimento ao paciente, com necessidades de tratamentos mais complexos, de elevado custo e que em geral interferem negativamente nas condições para o enfrentamento da doença e conseqüentemente na qualidade de vida (WARNACULASURIYA, 2009).

2.0 OBJETIVO

Compreender e descrever a experiência do diagnóstico na perspectiva do paciente com câncer de boca.

3.0 MÉTODO

Este trabalho trata-se de um recorte de estudo exploratório e descritivo que utilizou a metodologia qualitativa cujo referencial teórico foi a Antropologia Médica (AM) e como percurso metodológico foi utilizado o estudo de caso (EC) etnográfico.

3.1 ANTROPOLOGIA MÉDICA

A Antropologia é definida como a ciência que estuda o homem, suas produções e seu comportamento, considerando o contexto social ao qual se encontra inserido (MARCONI; PRESOTTO, 2001). A antropologia médica é uma derivação da antropologia interpretativa, e busca integrar saúde e cultura; considerando a saúde como resultado da articulação entre o biológico e o cultural (LANGDON, 2003).

A compreensão do processo saúde-doença como fenômeno sociocultural evidencia que as experiências de saúde e doença são atravessadas pelos significados socialmente construídos, logo não podem ser desvinculadas das estruturas sociais mais abrangentes que permeiam as sociedades (COSTA; GUALDA, 2010).

O pensamento teórico-metodológico da AM busca compreender e interpretar a experiência, na perspectiva daqueles que a vivem. É necessário interpretar o mundo de vida do sujeito, considerando o processo de construção cultural dos significados da doença e da terapêutica, esclarecendo como elas estão incorporadas na linguagem e nas ações dos atores sociais (GEERTZ, 1989).

Nessa abordagem, cultura é entendida como um conjunto de ideias, conceitos, regras e comportamentos compartilhados em um determinado grupo e que organiza a experiência da saúde e da doença nas distintas sociedades (COSTA; GUALDA, 2010).

Na AM, primeiro procura-se entender a cultura e os termos em que se produziu a experiência; segundo, investiga-se o conhecimento subjetivo, produzido socialmente, experimentando a realidade vivida pela pessoa;

terceiro, explora-se como as histórias fazem sentido e a forma de experiência da doença. A maior contribuição da AM é de que o conhecimento humano é culturalmente moldado e constituído em relação a diferentes formas de vida e organização social (GOOD et al., 2010).

3.2 ESTUDO DE CASO ETNOGRÁFICO

Murchison (2010) afirmou que a etnografia busca descobrir e registrar diferentes tipos de informação, categorias e questões que são relevantes para as pessoas estudadas, e elaborar compreensões contextualizadas sobre idéias e práticas.

A etnografia é uma descrição densa da realidade. Tal densidade advém das manifestações de significados que permitem ao pesquisador explicar e interpretar os sentidos de um determinado contexto cultural, possibilitando que outros também aprendam o fenômeno estudado (GEERTZ, 1989).

Para depreender os diversos significados do outro, o método etnográfico utiliza-se do trabalho de campo e este se estrutura pelo conjunto de técnicas e estratégias para a coleta de dados, tais como a observação participante, diário de campo, entrevista, análise documental e de imagens visuais. Há o contato direto com os participantes que viveram o fenômeno pesquisado, a fim de obter informações sobre a realidade das pessoas em seus contextos (GUALDA; HOGA, 1997).

Assim, diante do propósito deste estudo, optou-se pela norma de inserção no campo e utilização de estratégias de coleta de dados que fazem parte deste método, tornando-se parte do contexto, lançando mão da observação e entrevista. Evidencia-se a necessidade de inserção do pesquisador no ambiente em que vive e se relaciona a participante da pesquisa para compreender sua cultura, sua forma de viver e de construir os sentidos da experiência. Foi utilizado como estratégia metodológica o estudo de caso (EC) etnográfico.

Segundo Stake (2003), a finalidade dos estudos de caso é tornar compreensível o caso, este pode ser uma pessoa, um grupo específico de pessoas, uma organização ou um acontecimento particular; a única exigência é

que ele possua algum limite físico ou social que lhe confira identidade. Assim, o caso pode ser escolhido porque é exemplo de uma classe, ou porque é por si mesmo interessante o que confirma a relevância da participante selecionada para esta pesquisa.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido em um consultório odontológico do setor de oncologia de um hospital público localizado no interior do Estado de Minas Gerais e, também, na residência da participante da pesquisa. Estes campos possibilitaram o contato com a paciente em seu contexto sociocultural e com o local de tratamento, propiciando condições para coleta de dados e desenvolvimento do estudo.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (por meio de seu cadastro na Plataforma Brasil) com o número do parecer 1.213.011 (Anexo 1). Da participante desta pesquisa foi colhida a assinatura do TCLE, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Foi mantido o anonimato, utilizando o pseudônimo Luci para a identificação, escolhido pela própria participante.

3.5 SELEÇÃO DA PARTICIPANTE

Para seleção da participante foram observados critérios de inclusão pré-estabelecidos no projeto de pesquisa, sendo: mulher, com diagnóstico de CEC em boca, sem déficit de compreensão, que seria submetida a tratamento oncológico de RT e QT, tendo apresentado formalmente interesse em participar da pesquisa, assinando previamente o TCLE.

O primeiro contato ocorreu no consultório odontológico do serviço de saúde de referência para atendimento oncológico, de um município do Estado de Minas Gerais, durante consulta odontológica pré-RT.

Neste primeiro contato, a participante se mostrou bastante receptiva e comunicativa. Ao ser abordado a questão da realização da pesquisa, demonstrou boa aceitação e disposição para participar. Foi explicado sobre as entrevistas, assim como os locais para a realização da coleta de dados,

3.6 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturada, observação e levantamento de informações do prontuário da participante. Sendo estes, um conjunto de técnicas e estratégias de coleta de dados que fazem parte da etnografia (GUALDA; HOGA, 1997).

As duas primeiras entrevistas realizadas abordaram as questões voltadas para o diagnóstico. A primeira entrevista foi realizada em nível ambulatorial e a segunda realizada no domicílio da participante. A média de duração de cada entrevista foi de 25 minutos, sendo utilizado um roteiro semiestruturado com questões norteadoras:

- Como foi para você receber o diagnóstico do câncer?
- O que mudou na sua vida após o diagnóstico?

A periodicidade dos encontros teve uma média de intervalo de três semanas. A primeira e a segunda entrevista ocorreram antes de iniciar o tratamento radioterápico.

Todas as entrevistas foram gravadas e, imediatamente, após sua realização foram transcritas pelo pesquisador entrevistador, para arquivos específicos do seu computador pessoal. A participante foi orientada a falar livremente sobre sua experiência; coube ao pesquisador-entrevistador direcioná-la quando se desviava do foco das questões, explorando informações que não tinham sido claramente expostas ou, que poderiam enriquecer o conjunto de informações já relatadas.

4.0 APRESENTAÇÃO DO CASO

A participante do estudo, nomeada com o pseudônimo Luci, escolhido pela própria participante, tinha 69 anos de idade, era filha única, católica, cor

branca, profissão cuidadora do lar e aposentada, casada há 52 anos, mãe de dois filhos sendo uma mulher e um homem; o filho faleceu há treze anos, vítima da violência urbana. É moradora de uma cidade de porte médio, localizada há 37 Km de distância da cidade sede do estudo. A casa é própria, tem construção de alvenaria, está localizada próxima ao centro da cidade. Luci reside com o esposo, a filha e dois netos, sendo estes um menino (14 anos) e uma mulher (18 anos), frutos de um relacionamento de sua filha. Completou a 8ª série, hoje denominado 9ª ano do ensino fundamental. Foi tabagista por vinte anos, início aos 29 anos, parou de fumar há vinte anos; relatou ser etilista social, ingerindo bebida alcoólica uma vez por semana, porém, desde que iniciou o tratamento radioterápico nega ingestão. Relatou renda familiar mensal de três salários mínimos. Dentre os problemas de saúde relatados estão: hipertensão, esclerodermia e dermatomiosite. Luci não relatou casos de câncer em sua família.

Em março de 2015, Luci notou uma lesão em seu lábio inferior lado esquerdo, cujo diagnóstico foi um processo inflamatório inespecífico. Cerca de três meses depois, ela notou outra lesão, agora em seu lábio inferior do lado direito e após um período de cinco meses teve como diagnóstico o câncer. Foi proposto como tratamento a cirurgia. Cerca de um mês depois do primeiro diagnóstico de câncer, foi diagnosticada a metástase cervical, tendo como proposta de tratamento a cirurgia e 36 sessões de RT.

5.0 UNIDADES TEMÁTICAS E SUBTEMAS

Diante das etapas da análise temática indutiva foram identificadas unidades temáticas, sendo que destas, destacaremos o *diagnóstico* e seu subtema: *impacto do diagnóstico* como nosso foco de estudo.

5.1 O DIAGNÓSTICO

Luci relatou ser portadora de dermatomiosite e esclerodermia e *que fazia* acompanhamento médico com dermatologista e reumatologista há muitos

anos; e que desde que foi diagnosticada com estas doenças ela sentia alteração da sensibilidade nos lábios, principalmente no inferior.

“Desde que eu peguei esta dermatomiosite, eu sentia a mucosa mais sensível, eu não podia com pimenta e nem dentifrício às vezes, mas isso foi muitos anos”. (1ª entrevista).

Esta sensibilidade em seus lábios a incomodava, porém relatou que estava em constante acompanhamento médico, com periodicidade semestral; a equipe médica realizava o exame clínico da mucosa labial, afirmando que não havia nenhuma anormalidade e que estava tudo bem.

“(...) sempre eu sentia uma sensibilidade por dentro, como eu estava na dermatologista e o doutor de vez em quando pegava o aparelhinho com a luz e olhava e falava: não é nada”. (2ª entrevista).

No início de 2015, Luci percebeu que havia uma lesão em seu lábio inferior, do lado esquerdo, ela se referiu como –“coisinha mais altinha:”

“Aí quando foi o ano passado [início de 2015] eu senti que tinha uma coisinha mais altinha” (1ª entrevista).

“E foi até que deu um altinho aqui do lado de dentro” [Refere-se ao lábio lado esquerdo] (2ª entrevista).

“(...) aí eles [equipe da dermatologia] acharam que era bom fazer uma biópsia, mas esse estava relacionado ao meu problema [a participante refere-se à dermatomiosite e/ou esclerodermia] (...) Era relacionado com a dermatomiosite, agora eu não lembro se entrou esclerodermia”. (2ª entrevista)

“A professora [da dermatologia] ainda explicou: eu acho que é a dermatomiosite ou a esclerodermia, um dos dois eu lembro que ela falou”. (2ª entrevista.

“Como eu estou na dermatologia lá, aí o doutor A. me mandou fazer uma biópsia. Não deu nada, deu uma inflamação” (1ª entrevista)

Transcorrido alguns dias ela passou a sentir os mesmos sintomas do lado direito no lábio inferior e usou uma planta, que fazia parte do seu conhecimento popular.

“(…) depois passou para o lado de cá [ela neste momento aponta com o dedo para o lábio inferior lado direito] mais sensível com escova, com dentifrício, pimenta nem pensar, eu fui usando trançagem (...)” (1ª entrevista - observação participante)

Questionada se houve alguma melhora utilizando a trançagem, Luci relatou que no início houve discreta melhora da sintomatologia, porém sem alcançar a resolutividade do problema. A participante fez uma colocação interessante, em relação a esta prática:

(...) eu acho que tardou [palavra usada por Luci que significa: atrasou] é a tal da trançagem; eu passava melhorava, usava bochecho. Depois que eu vi que ela não estava adiantando mais, eu larguei ela de mão (...) “(2ª entrevista.)”.

A participante notou que no lábio inferior do lado direito surgiu uma bolinha, relatou que esta pequena lesão lhe incomodou por aproximadamente cinco meses. Procurou o ambulatório da dermatologia e, como era paciente conhecida da equipe, conseguiu uma avaliação, ali mesmo, na porta do consultório:

“(…) depois eu senti que tinha uma bolinha... aqui, ali dentro [aponta novamente com o dedo o lábio inferior lado

direito] (...). Quando saiu a bolinha, ela ficou me prejudicando uns 5 meses”(1ª entrevista – observação participante). “(...) foi até que deu a bolinha. Aí eu falei: vou dar um pulinho lá [na dermatologia] e perguntar, porque não tinha marcação, nem nada, aí elas [residentes da dermatologia] olharam, a moça colocou a luva, palpou, aí falou: não, vai ter que fazer uma biópsia” (2ª entrevista)

Porém esta nova biópsia não foi realizada pela dermatologia, ela foi encaminhada ao serviço de odontologia da mesma instituição.

“(...) elas [dermatologia] vieram e olharam, eu me lembro de que a moça [residente da dermatologia] pois a mão, eu falei tem um carocinho aqui e ela falou: tem mesmo, tem um carocinho aqui (...) Aí ela já mandou a autorização pra eu ir lá “ [refere-se a equipe de odontologia] (3ª entrevista)

No momento que a equipe de dermatologia encaminhou Luci para a equipe de odontologia realizar a biópsia da segunda lesão, ela passou a pensar e pressentir ser uma coisa mais séria e levantou a hipótese do câncer.

“Então eu falei: eu vou ali então dá uma perguntada pra eles [refere-se à dermatologia], aí da porta eu perguntei, mostrei e na hora elas [residentes da dermatologia] já fizeram o pedido para eu ir à odonto, eu já senti o trem meio errado por não ser lá [na dermatologia], por que esse [refere-se à biópsia do lado esquerdo do lábio] eu fiz lá” [dermatologia] (1ª entrevista)

“(..).eu já fiquei preocupada pensando e se for câncer? Porque você se preocupa, né! E quando era a de cá [refere-se a lesão do lábio lado esquerdo] eu num tive tanta preocupação, embora que tenha sido diferente né? Essa [segunda lesão] foi uma bolinha”. (2ª entrevista)

“(...) agora, da segunda vez [refere-se à segunda lesão em lábio lado direito] eu já notei que foi diferente” (2ª entrevista).

Após ser encaminhada ao serviço de odontologia, Luci foi atendida na mesma semana por uma equipe de professores e alunos da faculdade de odontologia. Preocupada, a participante questionou um dos professores:

“(...) aí eu perguntei pra ele e ele [professor da odontologia] falou que isso aí é só depois que a gente fizer a biópsia, é que a gente vai saber”. (1ª entrevista).

Então, uma semana após o encaminhamento, foi realizada a segunda biópsia, desta vez da lesão em lábio inferior do lado direito. Durante a realização da biópsia, no momento em que o cirurgião-dentista removeu a lesão, Luci relatou que, ao ver o aspecto da lesão, confirmou para si mesma os pressentimentos negativos que já a acompanhava e reafirmou a possibilidade de ser um câncer, ao qual ela fez referência através da expressão —ali tinha uma dúvida. No prazo de 15 dias veio o resultado da biópsia.

“Ele [professor da odontologia] atendeu e quem tirou foi a moça [cirurgiã-dentista da faculdade de odontologia] Aí ela falou que daqui 15 dias daria o resultado”.(1ª entrevista)

“(...) essa bolinha na hora que ela tirou, que ela passou com ela aqui [fez um gesto com as mãos passando em frente aos olhos], a cor dela assim, eu vi que o trem não era muito bom, aí eu tive um pressentimento que ali tinha uma dúvida”. (3ª entrevista – observação participante)

Luci descreveu o momento de ansiedade e preocupação que antecedeu o recebimento do seu diagnóstico, Sendo que o diagnóstico proferido pelo professor de odontologia era de que estava com câncer. Assim, esta notícia

confirmou todo o pressentimento negativo que já lhe acompanhava desde o momento do encaminhamento da dermatologia para a odontologia.

“Aí na hora, elas [alunas da odontologia] me chamaram, ficou conversando comigo eu vi que tinha algum problema. Porque até que o professor viesse pra poder me dar o resultado né, eu pensei gente, essas meninas (...) aí elas conversando, conversando... eu pensei, elas estão me preparando”. (1ª entrevista) “Com oito dias eu tirei os pontos, com 15 dias veio o diagnóstico que era maligno. (...)” (2ª entrevista)

5.2 IMPACTO DO DIAGNÓSTICO

Ao receber o diagnóstico de câncer, Luci relatou que se sentiu arrasada. Utilizou algumas expressões populares para expressar seus sentimentos:

“Aí veio o professor e falou: “olha Luci infelizmente deu maligno” (...). Na hora assim... o chão né... [Luci faz um gesto com as mãos representando o chão se abrindo] (...) Uai, eu pensei que era o fim... me senti pior” (1ª entrevista - observação participante)

“Na hora eu baquiei muito (...)” (2ª entrevista).

No momento do diagnóstico, Luci estava acompanhada de seu esposo; ela descreveu sua reação:

“(...) meu marido chorou (...)” (2ª entrevista)

Imediatamente após o diagnóstico, Luci desejou compartilhar a notícia com sua filha:

“Liga pra minha menina, aí meu marido ligou, minha filha estava no serviço”. (1ª entrevista).

Quanto às reações do esposo e da filha, Luci os descreveu:

“Eles ficaram tudo amarrotado! E principalmente meu marido!” (2ª entrevista).

Que em sua linguagem popular significou que estavam chateados. Este significado foi dado pela própria participante ao ser perguntada o que significava o termo amarrotado. A participante destacou que a filha, provavelmente em uma tentativa de confortá-la, se mostrou otimista e esperançosa com a cura do câncer; embora ela própria não compartilhasse do mesmo otimismo:

“Minha menina acha que isso aqui não tinha pra onde expandir, não era firme; que aqui era mais fácil, que vai ser mais fácil... que vai tirar e que vai dar certo! Eu já achava que não ia dar certo (...) Só que depois, minha menina foi sabendo que tinha uma pessoa que tinha tido, que melhorou e falou que o meu também ia ser desse jeito, mais eu já pensava de outra forma” (1ª entrevista).

Ao questionar a participante sobre o que havia mudado em sua vida após receber o diagnóstico, Luci relatou muitas mudanças, mas destacou principalmente o isolamento social, pois desde o momento que soube que estava com câncer, não saiu mais de casa, a não ser para ir às consultas no hospital.

“Mudou tudo, eu não sai mais; eu fiquei em casa, só vinha mesmo nas consultas e desse jeito eu tô até hoje” (2ª entrevista).

6.0 DISCUSSÃO

Considerando as características sócio-demográficas e os hábitos de vida da participante do estudo, verificou-se que a mesma apresentava alguns aspectos relevantes quanto aos fatores de risco para o câncer de boca. Segundo Toporcov (2012), Ghani et al. (2013) e Saleh et al. (2014) os

principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca são: idade superior a 40 anos, exposição crônica a produtos do tabaco e do álcool, hereditariedade e exposição crônica a radiação ultravioleta, o que corrobora parcialmente com as características de nossa participante, com exceção da hereditariedade e exposição crônica a radiação ultravioleta.

Em relação ao tema denominado - O Diagnóstico, Luci narrou toda sua trajetória que culminou com a notícia do câncer.

O primeiro sinal percebido, em lábio inferior esquerdo, como *“uma coisinha mais altinha”*, caracterizou a presença de uma lesão na forma de placa, o que coincidiu com uma possível manifestação oral da dermatomiosite e confirmou a hipótese de diagnóstico levantada pela equipe de dermatologia. Segundo Haket al. (2011) a dermatomiosite têm como principal manifestação oral a formação de placas hiperkeratóticas na mucosa bucal. A placa é definida como uma lesão com elevação da superfície em relação ao tecido normal, sendo sua altura menor que a extensão (NEVILLE, 2016).

Importante relatar que existe outra lesão que pode se manifestar na mucosa oral na forma de placa branca denominada leucoplasia, que é considerada uma lesão com potencial de transformação maligna (SCULLY, 2011), que pode ter justificado a realização de biópsia por parte da equipe médica.

Com o surgimento da primeira lesão no lábio, Luci confiou plenamente na hipótese de diagnóstico apresentada pela equipe de dermatologia, demonstrando forte relação de confiança médico-paciente, construída socialmente, ao longo dos anos de acompanhamento com esta equipe. O que reforça o pensamento teórico- metodológico da AM em que é necessário interpretar o mundo de vida do sujeito, considerando o processo de construção cultural (GEERTZ, 1989).

Luci, após início de um novo sintoma, uma sensibilidade em lábio inferior direito, utilizando-se de seus conhecimentos provenientes do senso comum, relatou o uso da planta medicinal, a trançagem, com objetivo de tratar esta sintomatologia. A trançagem é uma erva muito comum para a preparação de remédios caseiros e que apresenta propriedades anti-inflamatórias; hoje integra a lista de fitoterápicos testados e aprovados para tratamentos, já faz parte das plantas medicinais aprovadas para uso no Sistema Único de Saúde (SUS),

sendo indicada, em relação a cavidade oral, no tratamento de estomatite, amigdalite e gengivite (BRASIL, 2006; RIBEIRO et al., 2013; MALAQUIAS et al., 2015).

O uso de plantas medicinais na arte de curar tem origens muito antigas, relacionado aos primórdios da medicina e fundamentado no acúmulo de informações de diferentes povos e contextos, os quais foram sendo compartilhados e repassados de geração a geração (TESSER, 2009). Nas últimas décadas, a busca pela medicina integrativa, complementar e alternativa tem-se intensificado no Brasil (BOTSARIS, 2010). Esta realidade está inter-relacionada a fatores socioeconômicos, culturais e epidemiológicos (QUEIROZ; OTHERS, 1986)

No comportamento de Luci, em utilizar a medicina complementar, para buscar resolver seu problema, demonstrou forte influência de sua tradição cultural. Segundo Gertz (1989) a cultura pode ser conceituada como uma estrutura de sentidos atribuídos e construídos por membros de um grupo social, que serve de orientação para as formas de pensar e de conduta de seus membros. Em nossa sociedade, diante de situações como os sintomas de doenças é frequente a utilização de tratamentos complementares, alternativos e integrativos por parte de pacientes, cujo conhecimento é compartilhado entre os integrantes do meio social, fazendo assim, parte do senso comum, conforme observado na prática de Luci em relação ao uso da trançagem. O senso comum contempla o conhecimento adquirido pelo homem a partir de experiências, vivências e observações do mundo (RIOS et al., 2007).

Pacientes apresentam comportamentos e pensamentos diferentes quanto à experiência de doença, assim como noções particulares sobre saúde e terapêutica. Tais particularidades não advêm apenas das diferenças biológicas, mas, também, das diferenças socioculturais. Sustenta-se que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem (LANGDON; WIIK, 2010).

Houve o aparecimento de nova lesão em lábio inferior, agora lado direito, denominada por Luci como “*bolinha*” e “*carocinho*”. Nódulos são lesões sólidas, circunscritas, de localização superficial ou profunda, formada por tecido epitelial, conjuntivo ou misto. Podem ser sésseis, quando sua base de

implantação for maior que sua altura ou pediculado, quando sua altura é maior e podem caracterizar tanto lesões benignas quanto malignas (NEVILLE, 2016).

Luci considerou a nova lesão como mais grave; suspeitando ser câncer, uma vez que não foi tratada pela equipe da dermatologia, como aconteceu com a lesão inicial; para tratamento desta lesão ela foi encaminhada à outra equipe (Odontologia). Esta situação foi considerada como uma ruptura social e emocional com a equipe médica que já a acompanhava anteriormente. Luci, frente à nova situação, com base em situações anteriores que fizeram parte do seu contexto social, interpretou como um prognóstico negativo em relação ao nódulo, reforçando que os relacionamentos humanos, inclusive na área da saúde, são construídos culturalmente e o seu rompimento pode gerar uma sensação de desamparo, pessimismo e dúvida quanto ao futuro, esta ruptura é denominada segundo Bury (1982) de ruptura biográfica.

Outro aspecto que contribuiu para um julgamento prévio negativo quanto à segunda lesão foi apresentar um aspecto clínico descrito por Luci como bolinha e carocinho. Este aspecto de nódulo corrobora com a descrita em literatura, como sendo uma das possíveis manifestações clínicas do câncer de boca. Segundo Scully (2011) as lesões malignas encontradas na cavidade oral podem manifestar-se, dentre outras características clínicas, na forma de nódulos.

O termo “caroço” é muito utilizado na linguagem popular para descrever a manifestação de uma anormalidade no corpo humano, associado fortemente a manifestação de um câncer. Esta palavra é culturalmente carregada de estigma que denota, na maioria, em uma doença grave (MARUYAMA et al., 2006). Luci quando faz sua descrição da lesão como um possível câncer, utilizando os recursos de sua linguagem popular, fortalece a influência da construção sociocultural na determinação do que considerava relevante. Evidencia-se o fato do baixo nível de escolaridade e do status sócioeconômico em que a participante se enquadrava. Verifica-se, portanto, que Luci não detinha nenhum conhecimento científico sobre as possíveis características clínicas do câncer, sendo a sua hipótese baseada em seu conhecimento popular.

O fato de pensar na possibilidade de estar com câncer justificou os sentimentos de ansiedade que a acompanharam até o momento de receber a

confirmação do seu diagnóstico. As concepções sobre o câncer foram sendo definidas historicamente pela sociedade, como doença incurável, determinando sentença de morte. Geralmente, o câncer é associado a experiências negativas, com conotações metafóricas populares, tais como: doença que - come a pessoa; que invade o corpo e que precisa ser combatida (SILVA et al., 2000).

O subtema - impacto do diagnóstico, trouxe relatos sobre o momento que sucedeu ao recebimento do diagnóstico. Este foi marcado por sentimentos de incerteza e tristeza demonstrados por Luci em suas atitudes e proferidos em suas narrativas. Também neste período, utilizou expressões e palavras de seu repertório sócio-cultural, para expressar este momento difícil: - *me senti pior*"; "*baquiei*", expressões utilizadas para demonstrar toda tristeza e frustração presentes naquele momento.

O termo - amarrotado foi empregado para expressar o sentimento de chateação e tristeza de seu esposo e sua filha quanto à notícia. Assim, observa-se que as expressões demonstraram forte influência da linguagem coloquial e de comportamentos próprios de seu contexto sociocultural. Ao analisarmos este contexto, observamos que as formas verbais e não verbais utilizadas por Luci, para expressar as dificuldades vivenciadas frente ao recebimento da notícia, reforçam o que o pensamento teórico-metodológico da Antropologia Médica defende que, é necessário interpretar o mundo de vida do sujeito, considerando o processo de construção cultural dos significados da doença, esclarecendo como elas estão incorporadas na linguagem e nas ações dos atores sociais (GEERTZ, 1989).

Observamos nos relatos de Luci, assim como em seu comportamento que ao receber o diagnóstico do câncer, ela imaginou que não havia esperança; foi como se recebesse a sentença de morte, demonstrada na expressão —*era o fim*, utilizada pela participante. O diagnóstico de câncer impõe grande impacto emocional ao paciente e seus familiares, particularmente porque, culturalmente, está ainda muito associado com a possibilidade da morte (BARROZO et al., 2014). Neste sentido verifica-se que o câncer é uma doença que possui conotação popular de algo que destrói e é uma doença socialmente carregada negativamente de estigmas (LEITÃO; DUARTE; BETTEGA, 2013; LIN et al., 2014).

Ser diagnosticado com câncer é compreendido pelos pacientes como uma experiência dramática, inesperada e chocante e leva o ser humano a confrontar o mais primitivo dos medos humanos – a experiência pessoal de morte (FRIIS; ELVERDAM; SCHMIDT, 2003). A AM tem sustentado que os problemas trazidos pela doença crônica, dentre elas o câncer, são, principalmente, a perda da esperança de se obter melhora ou ficar deprimido pelo medo da morte ou da invalidez (KLEINMAN, 1988).

7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, o emprego da metodologia qualitativa e as estratégias de coleta de dados da etnografia propiciaram contato direto e interativo entre pesquisador e participante, permitindo compreender e descrever, o processo de diagnóstico do câncer. A metodologia qualitativa possibilitou ainda observar e compreender aspectos da vida cotidiana da participante que muitas vezes passariam despercebidos pelo pesquisador e por outros profissionais que prestaram assistência. Estes aspectos são relevantes para compreensão de anseios, angústias, ou mesmo para esclarecimento de atitudes e comportamentos, essenciais para humanização e singularidade no atendimento do paciente oncológico.

O adoecimento pelo câncer representa uma condição marcada pela tristeza, angústia e sensação de finitude da vida, pois culturalmente a palavra câncer ainda representa forte associação com a morte. Cabe ao cirurgião dentista ter uma visão de longo alcance, e compreender seu papel profissional que por diversas vezes tem a chance de estar frente aos sinais iniciais e na sua grande maioria, assintomáticos do câncer bucal. Uma boa conduta adotada, buscando o diagnóstico precoce, pode gerar um impacto muito grande na sobrevivência e qualidade de vida do paciente, devemos estar atentos a qualquer manifestação que fuja da normalidade, investigando ou encaminhando de forma responsável os pacientes para serviços capazes de conduzir o caso.

8.0 REFERÊNCIAS

1. BOYLE, P.; LEVIN, B.; OTHERS. **World cancer report**. IARC Press, International Agency for Research on Cancer, 2008.
2. BARROZO, B. M. et al. Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço. **Rev de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 3, p. 255–263, 2014.
3. BOTSARIS, A. **Medicina Ecológica: Descubra como cuidar da sua saúde sem sacrificar o planeta**. Rio de Janeiro: Nova Era, 2010.
4. BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Socology of Health & Illness**, v.4, n. 2, p: 167 – 182, 1982.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018. Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2018 [citado 2019 jan. 31]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultadoscomentarios.asp>
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos – Brasília; Ministério da Saúde, 2006, 148 p.
7. BOSSONI, R., STUMM, E., HILDEBRANDT, L.; LORO, M. Câncer e morte, um dilema para pacientes e familiares. **Revista Contexto & Saúde**, v. 9, n. 17, p. 13-21, 2013.
8. COSTA, G.; GUALDA, D. M. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **Hist Cienc Saude-Manguinhos**, v. 17, n. 4, p. 925–937, 2010.
9. FERNANDES, G. M.; BERGMANN, A.; OLIVEIRA, J. F. DE. Análise epidemiológica de população com câncer de cabeça e pescoço: influência sobre as complicações pós operatórias. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, v. 42, n. 3, 2013.
10. FRIIS, L. S.; ELVERDAM, B.; SCHMIDT, K. G. The patient's perspective: a qualitative study of acute myeloid leukaemia patients' need for information and their information seeking behaviour. *Supportive Care in*

Cancer: **Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 11, n. 3, p. 162–170, mar. 2003.

11. GEERTZ, C. **O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem**. In: GEERTZ, C. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, p. 25-40, 1989.
12. GHANI, W. M. N. et al. Oral cancer awareness and its determinants among a selected Malaysian population. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 14, n. 3, 2013.
13. GOOD, B. J. et al. *A reader in medical anthropology: theoretical trajectories, emergent*
14. GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 31, n. 3, p. 410–422, 1997.
15. HAKET, A. E. et al. Dermatomyositis and polymyositis: new treatment targets on the horizon. **Neth J Med**, v. 69, n. 10, p. 410–21, 2011.
16. KLEINMAN, A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Basic books, 1988.
17. LANGDON, E. J. *Cultura e processos de saúde e doença*. JEOLÁS, L.S.; OLIVEIRA M. **Anais do seminário sobre cultura, saúde e doença**. Londrina (PR): Editora Fiocruz, p. 91–105, 2003.
18. LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. **Rev Latino-americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 459-466, 2010.
19. LEITÃO, B. F. B.; DUARTE, Í. V.; BETTEGA, P. B. Pacientes com câncer de cavidade bucal submetidos à cirurgia: representações sociais acerca do adoecimento e tratamento. **Revista da SBPH**, v. 16, n. 1, p. 113–140, 2013.
20. LIN, J. J. et al. Cultural factors associated with racial disparities in lung cancer care. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 11, n. 4, p. 489–495, 2014.

21. MALAQUIAS, G. et al. Utilização na medicina popular, potencial terapêutico e toxicidade em nível celular das plantas *Rosmarinus officinalis* L., *Salvia officinalis* L. e *Mentha piperita* L. (Família Lamiaceae). **Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v. 7, n. 3, 2015.
22. MARCONI, M. DE A.; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia: uma introdução**. São Paulo: Atlas, v. 6, 2001.
23. MARUYAMA, S. A. T. et al. O corpo e a cultura como lócus do câncer. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, 2006.
24. NEVILLE, B. **Patologia oral e maxilofacial**. Elsevier Brasil, 2016.
25. QUEIROZ, M. DE S.; OTHERS. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev Saúde Pública**, 1986.
26. RIBEIRO, C. M. et al. Avaliação da atividade antimicrobiana de plantas utilizadas na medicina popular da Amazônia. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 21, n. 1/2, p. 45–49, 2013.
27. RIOS, E. R. G. et al. Senso comum, ciência e filosofia-elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 501–509, 2007.
28. SALEH, A. et al. Dentists' perception of the Role they play in early detection of oral cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, v. 15, n. 1, p. 229–237, 2014.
29. SCULLY, C. Oral cancer aetiopathogenesis; past, present and future aspects. **Medicina Oral, Patología Oral e Cirugía Bucal**, v. 16, n. 3, p. e306-311, 2011.
30. SILVA, T. T.; HALL, S.; WOODWARD, K. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, v. 8, 2000.
31. SILVA, S. S.; AQUINO, T. A. A.; SANTOS, R. M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 73-89, dez. 2008.

32. STAKE, R. E. Strategies of qualitative inquiry. Strategies of qualitative inquiry, 2003.
33. TADBIR, A. A. et al. Evaluation of levels of knowledge about etiology and symptoms of oral cancer in southern Iran. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 14, n. 4, p. 2217– 2220, 2013.
34. TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas Complementary practices, medical rationalities, and health promotion: some overlooked. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1732–1742, 2009.
35. TOPORCOV, T. N. et al. Consumption of animal-derived foods and mouth and oropharyngeal cancer. **Rev Panamericana de Salud Pública**, v. 32, n. 3, p. 185–191, 2012.
36. VARGAS-FERREIRA, F. et al. Etiologic factors associated with oral squamous cell carcinoma in non-smokers and non-alcoholic drinkers: a brief approach. Brazilian dental journal, v. 23, n. 5, p. 586–590, 2012.
37. WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral oncology**, v. 45, n. 4, p. 309–316, 2009.

ANEXO1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiência do tratamento oncológico radioterápico na visão da mulher com câncer de boca.

Pesquisador: Dhiancarlo Rocha Macedo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43538416.7.0000.5162

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.213.011

Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o protocolo:

O estudo visa compreender a experiência do adoecimento e do tratamento oncológico radioterápico na perspectiva da mulher com câncer de boca. Será realizada uma pesquisa qualitativa tendo como referencial teórico-metodológico a Antropologia Médica, que é definida como a ciência que estuda o homem, suas produções e seu comportamento, considerando o contexto social ao qual se encontra inserido (MARGONI; PRESSOTO, 2011). Dentre os diferentes métodos de pesquisa qualitativa compatíveis com o referencial teórico da antropologia médica, encontra-se o método etnográfico. Assim, diante do propósito deste estudo, optou-se pela norma de inserção no campo e coleta de dados que fazem parte deste método, tomando-se parte do contexto e lançando mão da observação e entrevista. Evidencia-se a necessidade de inserção do pesquisador no ambiente em que vive e se relaciona a participante da pesquisa para compreender sua cultura, sua forma de viver e de construir os sentidos da experiência. Será utilizado como estratégia metodológica o estudo de caso etnográfico. Segundo Stake (2000) um caso é uma unidade específica, um sistema delimitado cujas partes são integradas. Este autor distingue três tipos de estudos de caso de acordo com a sua finalidade: intrínseco, instrumental e coletivo. No estudo de caso intrínseco o pesquisador está interessado exclusivamente neste caso. O propósito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121 - Bloco 11A, sala 204 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3230-4131

Fax: (34)3230-4335

E-mail: cep@propp.ufu.br