



Instituto Português de Oncologia – Porto



Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Universidade do Porto



Thomas Jefferson University - USA

ECOS EM FIM DE VIDA:

Representações Sociais do Doente Oncológico
em Enfermagem

FILOMENA CORREIA

2008

FILOMENA CORREIA

ECOS EM FIM DE VIDA:

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DOENTE ONCOLÓGICO EM ENFERMAGEM

**Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre
em Oncologia** – submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do
Porto.

Orientador – Professor Doutor Abílio Oliveira
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da
Empresa.

“A doença é o lado sombrio da vida, uma cidadania bem pesada. Ao nascer, todos nós adquirimos uma dupla cidadania: a do reino da saúde e a do reino da doença. E muito embora todos preferíssemos usar o bom passaporte, mais tarde ou mais cedo cada um de nós se vê obrigado, ainda que momentaneamente, a identificar-se como cidadão da outra zona.”

Sontag (1998, p. 11)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Abílio Oliveira, pela orientação, pertinência das suas observações e por não me ter permitido desistir de mim. Sou grata, todos os dias, pelo privilégio do nosso convívio e pela forma como me inspira para a vida.

Aos colegas e alunos que pararam o seu dia de trabalho para responder ao nosso questionário e nos motivaram a prosseguir.

Ao professor coordenador do 1º ano do curso de enfermagem (2006) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e aos enfermeiros chefes /responsáveis de serviço pela preciosa colaboração, durante a recolha de dados.

Ao Doutor Lourenço Marques, pela cedência de bibliografia e por me ter apoiado neste projecto, quando maus ventos me embalavam.

Um agradecimento especial às amigas e colegas Isabel Moreira e Manuela Oliveira, por me inquietarem nos momentos em que o *terminus* do trabalho parecia uma quimera.

À minha família, por nunca ter deixado de acreditar em mim. À minha Mãe pela força do seu olhar e constante incentivo.

Ao amor da minha vida, Augusto João, por todas as caminhadas que fizemos juntos, sendo esta apenas mais uma. Pelo tempo despendido, pelas viagens que não fizemos, pelas angústias suportadas. É tão bom amar-te.

À minha filha Joana, que abraçou a vida durante a elaboração deste trabalho, pela força que me transmitiu. É tão bom (re)descobrir o mundo contigo.

A todos os que, com a força das suas palavras e dos seus actos, me impeliram a prosseguir.

RESUMO

Este trabalho centra-se na análise das representações sociais do doente oncológico, do doente oncológico em fim de vida e da morte, numa população de 182 sujeitos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos, constituída por estudantes de enfermagem, enfermeiros que trabalham num serviço de oncologia e enfermeiros que não trabalham na área de oncologia. Sendo o nosso objectivo conhecer as suas concepções sobre o doente oncológico, o doente oncológico em fim de vida e a morte, considerando as dimensões simbólica e cognitiva, que lhes são associadas, a opção metodológica recaiu na teoria das representações sociais, proposta por Moscovici (1961). A recolha de dados foi realizada através de um questionário, utilizando a técnica de associação livre de palavras. Para identificar os universos semânticos associados a cada conceito, realizaram-se várias Análises Factoriais de Correspondências. Esta investigação permitiu-nos aferir, que o sexo influi nas representações sociais da morte (Oliveira 1995, 1999, 2004, 2008). As mulheres revelam uma atitude mais ritualista e participativa e um maior envolvimento emocional. Constatámos também que, de uma forma geral, os participantes mais velhos mostram uma concepção mais objectiva, associada a rituais e a pensamentos difusos perante a perda. No que concerne à experiência profissional, os estudantes, interpretam a morte numa perspectiva pessoal, como o incógnito e o que provoca mal-estar. Os enfermeiros, revelam uma representação mais concreta, com referência aos rituais de expressão da perda na perspectiva do que é observado no outro. As representações sociais do doente oncológico, à semelhança do que foi referido por vários autores, (e.g. Die Trill, 2002, Duarte, 2000; Sontag, 1998), traduzem, no nosso estudo, uma forte ancoragem ao sofrimento, à morte e à dor. Contudo, as mulheres revelam uma percepção mais positiva do tratamento e da possibilidade de cura. Os homens expressam pensamentos/sentimentos que traduzem a dificuldade em lidar com uma situação à qual associam a morte. No que diz respeito às idades, constatámos que os participantes mais velhos, de uma forma geral, revelam uma percepção mais objectiva das alterações físicas e psicológicas provocadas pela doença. Todos os grupos profissionais representam o doente oncológico pelas suas alterações físicas. Os sentimentos associados ao doente oncológico e ao doente oncológico em fim de vida, revelam o mal-estar associado à incapacidade em lidar com a situação. Existe ainda um longo caminho a percorrer no sentido de alterar o prenúncio de morte associado ao doente oncológico. Os resultados do nosso trabalho contribuem para a compreensão deste conceito entre enfermeiros.

Palavras-chave: representações sociais, enfermagem, doente oncológico, morte, doente oncológico em fim de vida.

ABSTRACT

The focus of this work is the analysis of social representations towards cancer patients, terminal cancer patients and death in a population of 182 nurse students, professional nurses working with cancer patients and professional nurses not working with cancer patients, of both sexes, aged between 18 and 57. Our goal is to know their conceptions towards cancer patients, terminal cancer patients and deaths, considering the symbolic and cognitive dimensions attach to conditions, the methodological option was the social representations theory, as proposed by Moscovici (1961). The information was retrieved by questionnaire using the free word association technique. Several Factorial Correspondence Analysis where made to identify the different semantic universes associated to each concept. This work shows that Social Representations of Death are influenced by gender (Oliveira 1995, 1999, 2004, 2008). Women reveal a more ritualistic and participative attitude and a bigger emotional involvement. We also found that, in general, older participants show a more objective understanding facing a loss associated to rituals and diffuse ideas. Nurse students decipher death in a personal perspective, as the unknown and what causes discomfort. Nurse professionals reveal a more concrete representation regarding the expression rituals of loss in the perspective of what is observed in the other. As referred by several authors (e.g. Die Trill, 2002, Duarte, 2000; Sontag, 1998) our study shows that cancer patient social representations manifest strong attachments to suffering, death and pain. Women reveal a more positive perception of treatment and healing possibility. Men express thoughts/feelings that show the difficulty in addling a situation to which they associate death. Concerning age, we found that older nurses, in general, show a more objective perception of physical and psychological alterations caused by the disease. All professional groups represent cancer patients by their physical alterations. In general, feelings associated to cancer patients and terminal cancer patients reveal the discomfort related to the incapacity in dealing with the situation.

There is still a long way to walk before cancer patients are no longer associated to a death sign. Our work results contribute to the comprehension of this concept by nurses

Key-words: social representations, nursing, cancer patients, terminal cancer patients, death

RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail est l'analyse des représentations sociales du malade oncologique, du malade oncologique en fin de vie et de la mort, dans une population de 182 sujets des deux sexes, avec des âges comprises entre les 18 - 57 ans, formée par des étudiants d'infirmier, des infirmières qui travaillent en oncologie et des infirmières qui ne travaillent pas en oncologie. Une fois que l'objectif est de connaître leurs représentations sur le malade oncologique, le malade oncologique en fin de vie et la mort, en considérant les dimensions symboliques et cognitives qui y sont associées, l'option méthodologique choisie est la théorie des représentations sociales, proposée par Moscovici (1961). Le ramassage des données a été fait par questionnaire, en utilisant la technique/la méthode de la libre association de mots. Pour identifier les univers sémantiques agrégés à chaque concept, plusieurs Analyses Factoriel de Correspondance ont été réalisés. Notre étude nous a permis de vérifier que le sexe est prépondérant dans les représentations sociales de la mort (Oliveira 1995, 1999, 2004, 2008). Les femmes dévoilent une attitude plus ritualiste et participative et un plus grand engagement émotionnel. On a aussi constaté que, d'une façon générale, les participants les plus âgés démontrent une conception plus objective, associée à des rituels et pensées diffus vis à vis la perte. En ce qui concerne l'expérience professionnelle, les étudiantes interprètent la mort dans une perspective personnelle, comme quelque chose voilée et qui provoque le découragement. Les infirmiers montrent une représentation plus concrète, avec des références à des rituels d'expression de la perte dans la perspective de ce qui est observé dans l'autre. Les représentations sociales du malade oncologique, comme l'ont constaté plusieurs auteurs (e.g. Die Trill, 2002, Duarte, 2000; Sontag, 1998), traduisent, dans notre étude, un fort ancrage à la souffrance, à la mort et à la douleur. Néanmoins, les femmes révèlent une perception plus positive du traitement et de possibilité de guérison. Les hommes expriment des pensées/sentiments qui traduisent la difficulté d'envisager une situation à laquelle ils associent la mort. Pour les différents groupes d'âge on a constaté que les participants les plus âgés prouvent, en général, une perception plus objective des changements physiques provoqués par la maladie. Tous les groupes professionnels représentent le malade oncologique par ses mutations physiques. Les sentiments associés au malade oncologique et au malade oncologique en fin de vie montrent l'éblouissement associé à l'incapacité d'en discerner la situation.

Il y a encore un long chemin à parcourir pour changer le concept de mort associé au malade oncologique. Les résultats de ce travail contribuent pour la compréhension de cette représentation parmi les infirmiers.

Mots-clefs: représentations sociales, infirmier, malade oncologique, mort, malade oncologique en fin de vie.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
-------------------------	----------

<u>PARTE I</u> - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
---	----------

1. O CANCRO E A SUA LINGUAGEM	9
--	----------

1.1. Introdução ao capítulo	9
1.2. Descobrir o cancro ao longo dos tempos: Breve revisão histórica	9
1.3. Bases biológicas da doença oncológica	16
1.4. Prevenção oncológica	19
1.5. Factores psicossociais associados ao cancro	22
1.6. O tratamento da doença oncológica	28
1.7. Implicações da doença oncológica e do seu tratamento	33

2. A MORTE E O MORRER COM CANCRO	35
---	-----------

2.1. Introdução ao capítulo	35
2.2. A morte e o morrer na sociedade actual	36
2.3. O doente oncológico em fase terminal e os Cuidados Paliativos	38
2.4. Os profissionais de saúde e o doente oncológico terminal	41
2.5. O contexto habitual na morte por cancro	43

3. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	45
---	-----------

3.1. Introdução ao capítulo	45
3.2. Conceitos de representação colectiva e representação social	46
3.3. Teoria e conceito de representação social	47
3.4. Processos organizadores das representações sociais	49
3.5. Funções das representações sociais	50
3.6. Pesquisas no domínio das representações sociais em enfermagem	50
3.7. As representações da doença oncológica e da morte	51

<u>PARTE II</u> - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	55
--	-----------

4. INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	57
--	-----------

4.1. Propósito da investigação	57
4.2. Planeamento da investigação empírica	58
4.3. Objectivos Gerais	58
4.4. Questões de investigação	59

5. DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	63
5.1. Método.....	63
5.1.1 Participantes	63
5.1.2 Variáveis	63
5.1.3 Instrumento de medida.....	64
5.1.4 Procedimento	64
5.1.5 Tratamento dos dados	66
5.2. Resultados	67
5.3. Discussão dos resultados	95
6. CONCLUSÕES	107
REFERÊNCIAS.....	113

ANEXOS

ANEXO 1: Questionário

ANEXO 2: Pedidos de autorização

ANEXO 3: Representação gráfica dos dados

ANEXO 4: Comentários dos participantes

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos efectivos por sexo, idade e experiência profissional.....	63
TABELA 2: Distribuição dos efectivos por categorização de serviço: Oncológico/Não oncológico.....	65
TABELA 3: Palavras retidas por ordem de frequência: Morte faz-me pensar em	68
TABELA 4: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Morte faz-me pensar em... ..	68
TABELA 5: Coordenadas, contribuições absolutas: Morte faz-me pensar em... (por sexo) ..	70
TABELA 6: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Morte faz-me pensar em... (por idade) ..	71
TABELA 7: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Morte faz-me pensar em... (por experiência profissional).....	72
TABELA 8: Palavras retidas por ordem de frequência: Morte faz-me sentir	73
TABELA 9: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Morte faz-me sentir... ..	74
TABELA 10: Coordenadas, contribuições absolutas: Morte faz-me sentir ... (por sexo) ..	75
TABELA 11: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Morte faz-me sentir ... (por idade) ..	76
TABELA 12: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Morte faz-me sentir ... (por experiência profissional) ..	77
TABELA 13: Palavras retidas por ordem de frequência: Doente oncológico faz-me pensar em	78
TABELA 14: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Doente oncológico faz-me pensar em	79
TABELA 15: Coordenadas, contribuições absolutas: Doente oncológico faz-me pensar em ... (por sexo) ..	80
TABELA 16: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Doente oncológico faz-me pensar em ... (por idade) ..	81
TABELA 17: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Doente oncológico faz-me pensar em ... (por experiência profissional).....	82
TABELA 18 : Palavras retidas por ordem de frequência: Doente oncológico faz-me sentir	83
TABELA 19: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: <i>Doente oncológico faz-me sentir...</i> ..	83
TABELA 20: Coordenadas, contribuições absolutas: Doente oncológico faz-me sentir ... (por sexo) ..	84
TABELA 21: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Doente oncológico faz-me sentir ... (por idade) ..	85
TABELA 22: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Doente oncológico faz-me sentir ... (por experiência profissional) ..	86
TABELA 23: Palavras retidas por ordem de frequência: Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar em.... ..	87
TABELA 24: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar em... ..	88
TABELA 25: Coordenadas, contribuições absolutas: Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar em.... (por sexo) ..	88
TABELA 26: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar em.... (por idade) ..	89

TABELA 27: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar em... (por experiência profissional)	90
TABELA 28: Palavras retidas por ordem de frequência: Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir....	91
TABELA 29: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir ...	92
TABELA 30: Coordenadas, contribuições absolutas: Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir ... (por sexo)	93
TABELA 31: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir ...(por idade).....	94
TABELA 32: Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas: Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir ... (por experiência profissional)	95
TABELA 33: Respostas totais por estímulos	96

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Referências ocorridas entre os séculos XVIII e XIX, acerca das relações entre características psicológicas e cancro	25
QUADRO 2 – Definições gerais utilizadas no sistema de classificação TNM	29

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Etapas da Carcinogénese	19
---	----

ÍNDICE DE SIGLAS

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

UICC – União Internacional Contra o Cancro

INTRODUÇÃO

“O cancro relembra a vulnerabilidade humana, a dificuldade em lidar com a doença...”

Pereira e Lopes (2005, p. 16)

O cancro não é apenas um fenómeno provocado pela alteração do processo de divisão celular com repercussões orgânicas, no corpo. Se, por um lado, o cancro representa a perversão dos processos celulares normais, com invasão dos tecidos, tornando o que antes era ordeiro num processo anárquico e ingovernável, por outro, o seu reflexo é mais profundo e afecta as relações humanas, a vários níveis. As implicações psicossociais desta doença vão do indivíduo até à sua família, e tingem-se no tecido social. Por isso, o cancro é bem conhecido e temido, sendo alvo das mais diversas formas de ancoragem e objectivação, tanto no âmbito pessoal como social.

Conhecido e estudado desde a Alta Antiguidade, partilha, com outras doenças, o privilégio de ter mudado a nossa linguagem e as imagens que construímos do medo que invoca, e com que o representamos. Efectivamente, a doença oncológica é a mais temida, pelo Homem, na grande maioria das culturas. De todos os males que o ser humano pode padecer, o cancro tornou-se numa das maiores fontes de ansiedade e terror. Este medo está relacionado com as associações que se estabelecem entre a palavra cancro e as vivências da dor, do sofrimento, da deformação, do morrer e da morte (e.g., Cohen et al.1982; Die Trill, 2002; Duarte, 2000; Ferreira, 1996; Peteet et al., 1992; Sontag, 1998). Esta percepção negativa da doença tem impacto no processo de ajustamento à mesma, na adesão a medidas terapêuticas e preventivas (e.g. Branco e Pereira, 2006), na estigmatização do doente, no sentimento de esperança e na vontade de viver do doente oncológico (e.g. Beuhler, 1975; Klagsbrun, 1970 autores cit. Allen et al., 1984).

O significado acerbo atribuído à doença oncológica, passando o círculo do doente e familiares, é igualmente partilhado, nalgum grau, entre os profissionais de saúde, o que pode ter repercussões na qualidade do desempenho profissional e influenciar a opinião dos utilizadores dos serviços de saúde. Esta interpretação associa-se, em grande parte, à ausência de tratamento efectivo para um grande número de doentes com tumores metastáticos não operáveis e ao contacto pouco próximo dos profissionais com doentes curados. É também despertada pela falta de conhecimentos em relação à natureza da doença, dos factores de risco e das taxas de sobrevivência.

Actualmente, o cancro concorre com a SIDA, na disputa das doenças de difícil controlo e que mais nos assustam. Contudo, o cancro é a única doença que apresenta real possibilidade de cura – principalmente se for diagnosticada precocemente – e para a qual existem cada vez mais formas de prevenção. Estas representações hegemónicas (Moscovici, 1988) do medo associado à doença, poderão dever-se ao facto de parecer incurável ou ao relativo mistério, incontrollável, das suas origens, o que estimula tanto o indivíduo comum como o investigador.

No âmbito do desempenho profissional, a representação negativa da doença tem impacto na aplicação de acções de promoção da saúde e diagnóstico precoce, bem como na implementação de rastreios oncológicos (Branco e Pereira, 2006). O seu efeito é também sentido na qualidade de vida dos sujeitos, directa ou indirectamente afectados pela doença, por agravar o processo de evolução, o prognóstico e as relações interpessoais entre doentes e técnicos de saúde (Martins e Silva, 2002). Um melhor conhecimento das representações dos enfermeiros sobre o doente oncológico, poderá influenciar o comportamento profissional, visando a redução da mortalidade e da morbilidade (Brooks, 1979; Whelan, 1984), já que o mesmo pode intervir na recuperação e na prevenção da doença (Brooks, 1979).

O que nos levou a pensar numa série de questões pertinentes: Como são representados o doente oncológico e o doente oncológico em fim de vida pelos enfermeiros e pelos estudantes de enfermagem? Que representações têm os mesmos da morte? Poderão o sexo, a idade ou a experiência profissional influir na forma como estes conceitos são representados pelos enfermeiros e pelos estudantes de enfermagem do primeiro ano?

Podemos resumir a nossa função de investigação do seguinte modo: em que medida o sexo, a idade ou a experiência profissional influem na representação social da morte, do doente oncológico e do doente oncológico em fim de vida.

Neste trabalho, intimamente ligado à nossa prática profissional, temos dois objectivos. Em primeiro lugar, identificar as representações (ou dimensões de significação) que estruturam os pensamentos, emoções e sentimentos, em relação à morte, ao doente oncológico e ao doente oncológico em fim de vida, numa população constituída por estudantes do 1º ano de enfermagem, enfermeiros que trabalham num serviço de oncologia e enfermeiros que não trabalham num serviço de oncologia. Em segundo, verificar as diferenças e semelhanças das representações da morte, do doente oncológico e do doente oncológico em fim de vida, em função do sexo, da idade e da experiência profissional, nos grupos sociais considerados.

A nossa investigação empírica é enquadrada pela teoria das representações sociais. As investigações realizadas, no âmbito das representações sociais, na área de oncologia, têm considerado como objecto de estudo sobretudo o doente e a sua família (e.g. Ferreira et al., 2005; Martins e Silva, 2002; Mercês e Marcelino, 2004; Nascimento e Scuhlze, 1995; Santos, 2006; Spink e Gimenez, 1997). Os estudos acerca das representações sociais dos profissionais face ao doente oncológico, considerando em particular os enfermeiros, são ainda escassos em Portugal. Contudo, são da maior relevância, o que justifica a pertinência da nossa investigação. De um modo indirecto, os resultados do nosso trabalho poderão ter algum impacto nas atitudes dos profissionais, na qualidade dos cuidados e na adopção de estratégias profissionais que contribuam para a diminuição da mortalidade e morbilidade relacionada com o cancro.

O trabalho divide-se em duas partes: na primeira realizamos uma breve revisão da literatura sobre a temática em estudo, em particular o cancro e a morte (capítulos 1 e 2). Nesta parte abordamos ainda, sucintamente, a teoria das representações sociais (capítulo 3), como modelo teórico de referência para a compreensão das representações do doente oncológico, do doente oncológico em fim de vida e da morte entre enfermeiros e estudantes de enfermagem. Na segunda parte, apresentamos a investigação empírica. Referimos o propósito da investigação, o planeamento da mesma, os objectivos e as questões centrais que nos guiam. Desenvolvemos o método, apresentamos os resultados e procedemos à sua discussão, devidamente integrada com a revisão de literatura efectuada. Por fim, apresentamos as conclusões do nosso trabalho, as suas implicações, as limitações encontradas no percurso de investigação e algumas perspectivas de futuro.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O CANCRO E A SUA LINGUAGEM

“Cancro equivale a desordem. Não a uma mera desordem fisiológica que, já por si, é suficientemente dramática, mas a uma desordem de outras ordens do viver, do sentir, e do pensar.”

Carapinheiro (2002, p. XV)

1.1. Introdução ao capítulo

A linguagem do cancro não é gravada na pessoa apenas como um fenómeno provocado pela disfunção celular com repercussões orgânicas. A sua acção penetra mais profundamente no ser humano e implica alterações psicológicas e do comportamento, relacionadas com a doença, alimentando metáforas construídas em seu redor. Historicamente, o cancro tem transitado no tempo como um ente misterioso, sendo considerado como uma doença caprichosa, intratável, ou seja, uma doença incompreensível, que acorda muitos fantasmas (Sontag, 1998). Ao doente oncológico têm sido associadas fortes representações de morte, dor, medo e sofrimento que, ultrapassando a esfera do doente e família, são partilhadas também pelos profissionais, tendo impacto nos cuidados prestados e influência na opinião dos utilizadores dos serviços de saúde.

O cancro, mais do que qualquer outra doença, realça duas realidades. Por um lado, que a descoberta científica é inseparável do contexto social e cultural que a aceita, a nega, oculta ou deifica. Por outro lado, que as grandes descobertas não são obra de homens isolados, mas de equipas multidisciplinares (Imbault-Huart, 1991).

Neste capítulo damos voz à linguagem do cancro e ao seu efeito no ser humano, aliando algumas considerações sobre as modalidades terapêuticas utilizadas no seu tratamento e as medidas de prevenção que devem ser vinculadas pelos profissionais de saúde à população, sobretudo pelos enfermeiros, já que apresentam o privilégio da proximidade. Iniciamos o capítulo com uma breve revisão da história do cancro e referimos igualmente alguns aspectos sobre a sua representação, o seu efeito na linguagem e no ser humano.

1.2. Descobrir o cancro ao longo dos tempos: Breve revisão histórica.

O Homem, na sua incansável luta pela sobrevivência, tem dedicado ao longo dos séculos a maior atenção a combater as doenças que o apoquentam. Esta atitude suscita a evolução científica, tendo por base a angústia diante da fragilidade humana, da degradação do corpo e da morte. No século XV foi a lepra; no século XVI, a loucura; no

século XIX, a tuberculose e no século XX, o cancro (e.g. Marques, 1995). Quando pensamos na história das doenças, temos que conceder ao cancro um lugar de realce; “com efeito, embora cada vez mais curável, embora ficando longe das doenças cardiovasculares, a segunda das principais causas de morte¹, o cancro é aquele mal que não se pode olhar de frente ” (Imbault–Huart, 1991, p.175). Refazer a história do cancro, é refazer a história de um medo que, durante muito tempo, foi individual até se tornar colectivo, no fim do século XIX, e propagar a ideia de uma sentença de morte, na primeira metade do século XX (Darmon, 1993). A partir dos anos 50, o cancro encarna a expressão de “mal absoluto, a obsessão de todo o corpo social, e o herói de O Pavilhão dos Cancerosos que luta contra o melanoma maligno, a pantera tocada pela morte, pronta a saltar sobre ele, é a ilustração do nosso medo de morrer” (Imbault–Huart, 1991, p. 176). O medo do cancro ocupa um lugar modesto, na escala cronológica, e a sua extensão geográfica limita-se a uma porção do planeta. Ainda que legítimo, é um medo de “luxo”, relacionado com um nível muito alto de vida, afecta sobretudo os países ricos e desenvolvidos.

Conhecido e estudado desde a Alta Antiguidade, paradoxalmente, o cancro não tem história no sentido social do termo. Durante muito tempo foi considerado como uma doença sem significado excessivo na sociedade, que se manteve indiferente à sua presença. Era considerada uma doença com as outras, diante da qual, apesar dos avanços da medicina, os médicos reconheciam a sua impotência. Existe, contudo, uma história científica da evolução dos conhecimentos sobre a sua natureza, o seu diagnóstico e as modalidades terapêuticas aplicadas (Imbault-Huart, 1991). Enquanto fenómeno de civilização, o medo do cancro, traduz-se, primeiramente, em imagens. E estas imagens exprimem, muitas vezes, as grandes preocupações do momento (Darmon, 1993).

A doença oncológica, tal como a peste, mudou a nossa linguagem. Tornou-se numa metáfora que adjectiva os males da sociedade (e.g. Darmon, 1993; Duarte, 2000; Sontag, 1998). Enquanto a peste oferece a imagem de um inimigo externo, que mostra os seus efeitos com violência, “peste negra”, que não deixa outra possibilidade senão a fuga – “fugir de alguém como da peste”. O cancro encarna o mal, que rói pelo interior, – “o desemprego é o cancro de uma sociedade”. À escala do microcosmo humano, reproduz a imagem da crise anarquista que abala a ordem estabelecida. Neste esquema, as células sãs encarnam a sociedade local, ameaçada de subversão por algumas “células

¹ Actualmente, em Portugal, considera-se a primeira causa de morte as doenças do aparelho circulatório, com diferenças muito significativas em relação ao número de óbitos por tumores malignos. (e.g. 2005 morte por doenças do aparelho circulatório 107462; mortes por tumores malignos 36723) Fonte: INE – Estatísticas da Saúde – óbitos por causa de morte.

anarquistas” que tentam substituí-las por uma entidade espontânea e destrutiva (Darmon, 1993). Desde a Antiguidade, e durante vários séculos, a imaginação popular associou o cancro ao caranguejo, que devora as suas vítimas depois de as fazer passar por horríveis sofrimentos.

"Ceste tumeur, écrit Ambroise Paré², a pris le nom de chancre parce qu'elle luy ressemble beaucoup [...]. Les veines qui l'entourent sont en manière de jambes et pieds tortus de cest animal [...]. Davantage, cest animal, quand il est attaché de ses pieds contre quelque chose, adhère à elle si fort qu'à peine on le peut arracher, principalement de ses deux pieds de devant qui sont en manière de pincettes" (Oeuvres, 1614, cit. Darmon, 1993, p. 9).

Nos finais do séc. XVII, o cirurgião Pierre Dionis, descreve o cancro de forma muito semelhante:

" Les vaisseaux qu'on y aperçoit ressemblent à des expansions de pattes d'écrevices; ajoutez qu'en cet état la tumeur est tellement enracinée dans les glandes de la mamelle, qu'on ne peut plus l'en arracher que de faire quitter à un chancre ce qu'il a empoigné avec ses pieds faits en tenailles; et lorsqu'il y a ulcère, ce mal déchire la partie en l'avancant de dehors en dedans par les progrès de ses racines, en quoi il paroît aller à reculons comme les écrevices ont coutume de faire" (Dionis, 1693, cit. Darmon, 1993, p. 9).

Esta representação de “besta” a consumir o corpo perpetua-se até ao início do séc. XX, em certos meios rurais, onde, na década de 30, se observava ainda o hábito de “alimentar” os tumores com carne fresca, para evitar que o “animal” devore a vítima (Darmon 1993).

Curiosamente, desde o fim da Antiguidade até ao século XIX, a tuberculose era – no domínio da tipologia – o cancro. E as metáforas associadas à tuberculose e ao cancro de alguma forma cruzavam-se e sobrepunham-se. Ambas as doenças eram descritas como um processo em que o corpo era consumido. O advento da patologia celular e o microscópio permitiram compreender o carácter distinto do cancro. O que em 1882 se concretizou, de forma definitiva, com a descoberta da etiologia da tuberculose, que passou a ser vista como a doença de um órgão com contrastes opostos e com uma evolução espasmódica, cujo sintoma principal é a tosse. Por sua vez, o cancro é representado como uma doença que se expande, de forma invisível, com um desenvolvimento lento, contínuo e letal. Embora ambas as doenças conduzam a um definhamento, a perda de peso é vista de forma diferente. No caso da tuberculose, a pessoa é consumida. No do cancro, a pessoa é invadida por células estranhas que

² cirurgião Ambroise Paré (1510-1590)

bloqueiam as funções do organismo. A tuberculose é associada, na maioria das vezes, à pobreza e à privação. O cancro, pelo contrário, é agremiado à vida burguesa, à sumptuosidade, aos excessos, às emanções tóxicas da industrialização e do capitalismo. A própria representação da morte destas duas entidades nosológicas passa a ser distinta. À tuberculose é associada uma morte nobre, serena e romântica; ao cancro, a agonia desprezível e o sofrimento³.

Uma doença que afecta os pulmões, como a tuberculose, é entendida metaforicamente como uma doença da alma. O cancro pode manifestar-se em qualquer parte do corpo, cuja referência cria pejo ou apuro (cólon, recto, bexiga, útero, próstata, testículos). Não revela nada de espiritual e demonstra a fragilidade do físico (Sontag, 1998). A mais inaudita semelhança entre os mitos da tuberculose e do cancro é terem sido consideradas estados passionais. Esta ideia ainda persiste no cancro. Actualmente, muitas pessoas acreditam que o cancro nasce da falta de paixão, que ataca “os sexualmente reprimidos, inibidos, falhos de espontaneidade, incapazes de manifestar cólera” (Sontag, 1998, p. 30). Estas fantasias têm por base a definição de cancro de Wilhem Reich, para quem, esta é uma doença que surge na sequência da resignação emocional, do encolhimento bioenergético de quem renuncia à esperança (Sontag, 1998).

Mas onde começa a história do cancro?

No papiro de d’Hebers, entre 3730 e 3710 a.C., são descritos de forma pormenorizada tumores. Os Vedas (primeiros textos religiosos e poéticos da Índia), datados de cerca de 1500 a.C., referem-se também a tumores malignos e a actos terapêuticos (Marques, 1995). São, contudo, os escritos de Hipócrates que apresentam a primeira definição do cancro como tumor duro, não inflamatório, com tendência a recidiva ou generalização, conduzindo a desenlace mortal, sob o nome de carcinoma ou cirro (do latim *caranguejo*), devido à sua semelhança com o caranguejo (Imbault-Huart, 1991). Esta designação inspirou-se, segundo Galeno, na semelhança entre as veias inchadas dos tumores externos e as patas dos caranguejos e não, como habitualmente se pensa, à disseminação das metástases da doença no corpo (Sontag, 1998). Galeno atribui a origem do cancro a um desequilíbrio da bÍlis negra (um dos quatro humores do corpo humano) com o sangue, a bÍlis amarela e a fleuma. As terapêuticas, propostas nesta altura, são um regime alimentar adequado, medicamentos ou sangrias, colocando de parte a intervenção cirúrgica. Surge, então, a ideia que perdurará durante quinze séculos

³ Compare-se a imagem da professora no filme Wit de Nike Nichols e a imagem da cortesã Satine no filme “Moulin Rouge” de Baz Luhrmann.

do cancro como doença geral, com manifestações locais. Mais tarde, Descartes (1596-1650) adjudica à coagulação da linfa a formação de tumores. Um século após, um cirurgião inglês de renome, John Hunter (1728 -1793), nega esta tese e afirma que a causa é a linfa activa que “sai” fora dos vasos e que é segregada por tecidos inflamados. Os tumores tornam-se, assim, parte integrante do corpo, do mesmo modo que os tecidos normais “de que provêm e através do qual são alimentados”. (Imbault- Huart, 1991, p. 178). O século XVII é a “sombra negra sobre o cancro”, com Sennert a afirmar tratar-se de um “mal contagioso”. Esta ideia perdurará por dois séculos e acarretará a exclusão ou a não admissão de doentes oncológicos em hospitais. Durante muito tempo a ablação cirúrgica, enquanto modalidade terapêutica, vai dividir médicos e cirurgiões.

No século XVIII, com a convergência de pesquisa e conhecimentos científicos diferentes, começa a ganhar força a ideia do cancro como doença local. Passam, entretanto, a existir três eixos de investigação: o cancro profissional, a lesão dos tecidos e as metástases.

A noção de cancro profissional tem como grande referência o trabalho desenvolvido por Percivall Pott (1714-1788) no estudo da relação entre o trabalho do limpa-chaminés, o contacto com a fuligem e o cancro do escroto. No século XIX são relatados outros cancros profissionais, devido ao alcatrão e aos óleos minerais. Xavier Bichat (1771-1802) introduz teoria dos tecidos e explica as diversas localizações de um cancro como sendo uma e a mesma doença, que pode “tocar” o tecido de diferentes órgãos. Mais tarde, Laennec (1781-1826) desenvolve a teoria dos tecidos, introduzindo conceitos que na actualidade se denominam de cancros típicos e atípicos. O conceito de metástase surge com Claude-Anthelme Récamier (1774-1852), e vem despertar as consciências científicas para uma série de questões sobre a formação, constituição e disseminação do tumor.

Com o aperfeiçoamento do microscópio e o desenvolvimento da anatomia patológica, o cancro passa, progressivamente, de doença do organismo a doença do tecido ou da célula. Surge, então, o conceito de mutação celular, que poderia ser provocada por uma irritação ou estimulação local. Outra possibilidade seria que os tumores tivessem a sua origem na proliferação de células embrionárias, que teriam perdurado até à idade adulta. No séc. XIX surge a cancerologia experimental e são realizadas várias transplantações de tumores animais. A inquietação humana persiste e as investigações realizadas convergem numa terapêutica única, a cirurgia. O cancro é definitivamente considerado como uma doença local, e a cirurgia é eleita como a melhor arma terapêutica. A descoberta dos raios X (1895) e da radioactividade (1898) vêm revolucionar a terapêutica

utilizada para debelar a doença. A utilização da radioterapia realça a necessidade de uma investigação pluridisciplinar, o que conduz à criação, pela primeira vez na história da doença, de centros de coordenação de especialidades médicas e terapêuticas diferentes. Nasce, por esta altura, a imagem moderna do cancro. Os mecanismos da cancerinogenese⁴ são estudados e emerge a ideia da alteração do material genético, como causa. Em 1914, Theodor Boveri propõe que as alterações cromossómicas são a causa do cancro, constituindo este um dos primeiros passos para o desenvolvimento da teoria do cancro como doença genética. Na década de trinta surge a teoria viral do cancro. Os “cancros hormonais” são estudados entre 1940–1950 e também a quimioterapia, como arma terapêutica. Começa, nessa altura, a ser prestada atenção às relações entre o tumor e o doente.

A falência do sistema imunitário passa também a ser considerada como factor de origem e aumento do cancro, o que reactiva o interesse pelo estudo dos factores de risco exógenos e endógenos. A par da investigação em imunoterapia, surgem os marcadores biológicos⁵ que vão permitir o diagnóstico precoce e conhecimentos em várias áreas, como a biologia molecular e que, no futuro, poderão controlar a angiogénese⁶. Verifica-se ainda um interesse alargado de várias ciências, não só médicas, como também da informática e outras, na luta contra esta doença. Na actualidade, a construção de programas informáticos, em parceria com unidades de saúde é uma realidade. Tem como objectivo facilitar e tornar mais rápido o diagnóstico de determinados tipos de cancro⁷.

A ciência e a tecnologia avançam e a cura para o “grande mal”, chamado cancro, é cada vez mais possível. Terá a história do cancro deixado de ser a história do medo? Numa altura em que devia assustar menos, é quando “invade o universo mental e social das sociedades ocidentais. Porque melhor conhecido, melhor descrito, melhor diagnosticado, melhor tratado, vemo-lo proliferar em toda a parte” (Imbault-Huart, 1991, p. 183).

Morrer com cancro, até 1050, era um mal individual, cujo sofrimento não parecia mais pavoroso do que o provocado pela tuberculose e pela sífilis, na altura consideradas também doenças sem cura. Na actualidade, o doente com cancro e a comunidade que o rodeia estão certos da sua morte, por isso ambos imergem no silêncio ou dissimulam uma fuga. O doente simboliza o nosso medo de morrer, de sofrer, da perda de identidade. Para Imbault-Huart (1991, p.184), “nenhuma descoberta espectacular vem

⁴ Processo de transformação de células normais em células neoplásicas malignas.

⁵ Substâncias (hormonas, enzimas, globulinas, glicoproteínas) específicas ou bastante características do tipo de tumor.

⁶ Termo usado para descrever o mecanismo de crescimento de novos vasos sanguíneos a partir dos já existentes e que no caso do cancro, têm como função alimentar o tumor.

⁷ e.g. Trabalho pioneiro, no diagnóstico do cancro da mama, na Universidade da Beira Interior em parceria com a Microsoft e o Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E.

libertar a comunidade das suas angústias e da sua cancerofobia. No inconsciente colectivo, o cancro é considerado uma doença vergonhosa, consequência de um pecado desconhecido”. A pessoa doente ganha “um estatuto maldito” e até curado faz medo. Por isso, o doente finge ignorar ou dissimula a doença, com o intuito (in)consciente de afastar a morte, a pessoal e a social. E muitas terapêuticas são recusadas por assinalarem a doença e surgirem como uma condenação à morte.

A história do cancro aviva a forma como a representação da realidade pode interferir na ciência, nas imagens que criamos e na linguagem que utilizamos. O cancro ou os cancros ainda não confiaram o seu segredo ao Homem, tão sedento de combater a morte. Na idade contemporânea, morrer é um todo que imaginamos longe e do qual fugimos. A palavra cancro simboliza o nosso medo de morrer, de sofrer e de sentir a dor de ser humano terminal, a própria Morte.

Afinal, nem todos os males têm cura! Ainda..., acrescenta a Ciência. O cancro surge como um fantasma, uma doença impiedosa que irrompe sem avisar e da qual desconhecemos a etiologia ou o tratamento mais eficaz. Uma doença à qual é agregado o medo, é considerada moralmente, e muitas vezes literalmente, contagiosa (Sontag, 1998). O que hoje observamos é um pavor imenso de pronunciar a palavra cancro ou doença oncológica. O cancro aparece modestamente vestido de “doença prolongada” nas notícias dos telejornais. E assume, algumas vezes, nos diálogos dos profissionais com o doente as formas eufemistas de tumor, ferida, mal ruim, úlcera. Na maioria das situações, a informação é transmitida à família, que fica assim incumbida de gerir a vida do doente. Este secretismo “reflecte a convicção de que é melhor que as pessoas que estão a morrer ignorem estar a morrer e que a boa morte é a morte repentina e, de preferência, quando estamos inconscientes ou a dormir” (Sontag, 1998. p. 16).⁸ Ao doente com cancro é omitida informação, não só por ser uma doença com sentença de morte (ou que se representa com tal), mas também porque é “considerada obscena, no sentido original da palavra: agourenta, abominável, repugnante para os sentidos” (Sontag, 1998, p.16). Uma doença suja de significado (Duarte, 2000).

Existe ainda um forte estigma associado ao cancro que promove uma avaliação negativa do indivíduo, em função de características que divergem dos padrões de funcionamento e atributos ditos normais (Pereira e Lopes, 2005). “O cancro relembra a vulnerabilidade humana, a dificuldade em lidar com a doença e, para evitar a ameaça, os membros da

⁸ É curioso que à vítima de enfarte (que tem pelo menos tantas possibilidades de morrer dentro de poucos anos de novo enfarte como um doente com cancro, diagnosticado em fase precoce) não é omitido o diagnóstico, porque não tem nada de vergonhoso ou punitivo. Trata-se de um fraqueza, uma deficiência mecânica.

rede social tendem a afastar-se do foco de tensão – indivíduo e família” (Pereira e Lopes, 2005, p.16). Desde sempre, o cancro é uma a moléstia de que brotam um sem-número de representações e mitos mas é, também, o grande obstáculo de tantas doutrinas e terapêuticas. Ao parecer incurável, ou porque o mistério das suas origens se parece ao enigma da esfinge, ele incita a imaginação e estimula a pesquisa científica, colocando-se na origem de um melhor conhecimento dos mecanismos que regem o ser vivo.

1.3. Bases biológicas da doença oncológica.

Cancro ou doença oncológica são vocábulos utilizados de uma forma genérica, no singular que, na prática, definem uma enorme variedade de doenças com características muito específicas e alguns aspectos comuns. Vários autores consideram, por esta razão, ser mais apropriada a utilização do termo no plural (De Vita, 2001; Santos, 2006). Foram identificados, até ao momento, cerca de cem tipos diferentes de cancro (Pfeifer, 2000). Estas doenças, segundo Petersdorf et al. (1994), têm como diferenças a localização e a rapidez de evolução. Contudo, partilham, algumas características biológicas.

As células neoplásicas (*neo* – novo; *plasein* - formar) malignas têm como características comuns a perda de controlo da divisão celular e a capacidade de invadir órgãos ou deslocarem-se através da via sanguínea, linfática ou transscavitária (carcinomatose) a outros locais do corpo pelo processo de metastização⁹. Na prática, é observada uma divisão celular rápida e descontrolada, com possibilidade de invasão de outras estruturas orgânicas e que não cessa ao atingir um ponto particular do ciclo celular. Por outras palavras, as células neoplásicas malignas são (potencialmente) imortais.

Estas células possuem determinados atributos de crescimento tumoral específicos que lhe conferem propriedades patológicas, sendo algumas das mais importantes: a inibição do movimento como consequência da diminuição do contacto, a diminuição da aderência às células vizinhas, a perda de ancoragem e do ponto de controlo restritivo, a capacidade de se dividirem com diminuição do contacto com os tecidos vizinhos e a imortalidade das células transformadas (Kastan e Skapek, 2001; Santos, 2006). Não são ainda completamente conhecidos os factores que desencadeiam estes fenómenos. A investigação na área da biologia molecular tem permitido alguns progressos na compreensão do tão complexo fenómeno da carcinogénese ou Oncogénese¹⁰.

⁹ Processo do qual decorre a difusão de células cancerosas a partir do ponto de origem para outras partes do corpo (por via directa ou indirecta). É caracterizados por uma cascata complexa de eventos orientados por diversas vias transdutoras de sinais e sistemas moleculares. Que incluem várias etapas: angiogénese, invasão, intravasão, paragem, adesão, extravasão, crescimento.

¹⁰ Processo de transformação de células normais em células neoplásicas malignas.

Actualmente, é estabelecida como causa, a agressão do genoma¹¹ da célula, por agentes carcinogénicos¹², que produzem alterações do ADN¹³, ou a expressão anormal de genes. Estas alterações podem conduzir à transformação de genes (proto-oncogenes)¹⁴ que coordenam as funções essenciais da célula, como a proliferação, a diferenciação celular e a estabilidade do genoma, em oncogenes¹⁵. Estão envolvidas também, na origem do cancro, as alterações de genes supressores de tumor¹⁶. Em células neoplásicas, oriundas de diversos órgãos, é frequente encontrarem-se alterações em genes pertencentes a um grupo restrito (e.g. MYC, RAS, TP53 ou RB) que desempenham um papel preponderante no controlo da proliferação celular (Regateiro, 2004).

A acumulação de mutações genéticas, que podem ocorrer durante anos, conduz à perda progressiva do equilíbrio celular e ao aparecimento de um fenótipo¹⁷ celular maligno. A expressão do fenótipo da neoplasia maligna pode ser semelhante ao dos tecidos onde tiveram origem e, nesse caso, designa-se de bem diferenciada. Pode, pelo contrário, ser muito diferente e, nesse caso, dizem-se pouco diferenciadas, indiferenciadas ou anaplásicas.¹⁸ À menor diferenciação corresponde um pior prognóstico. O grau de malignidade pode aumentar em cada mutação, sendo o mais elevado a aquisição da capacidade de metastização (Petersdorf et al., 1994; Santos, 2006).

Apesar dos avanços científicos, continuam por desvendar complexas redes de fenómenos moleculares, que permitam explicar de forma uniforme e total a carcinogénese (Moore, 1996; Santos, 2006). As doenças oncológicas são cada vez mais interpretadas como processos multifásicos que se desenvolvem a partir de uma complexa interacção entre os genes e factores externos (e.g. alimentação; toxinas do fumo do tabaco). Podem ser definidos três tipos de carcinogénese: viral (por acção de vírus e bactérias), química (por acção de químicos) e radiação (por acção de radiações ultravioletas e radiação ionizantes) (Filho, 1994).

O tempo para a carcinogénese ser completa é indeterminável, podendo ocupar a maior parte da vida da pessoa. O período de latência entre a exposição inicial ao carcinógeno e o desenvolvimento da doença maligna, não é caracterizado pela presença de sinais ou

¹¹ Conjunto de genes, cada um constituído com filamentos de ADN, que contém informação necessária para produzir uma proteína particular

¹² Substância natural ou produzida pelo Homem que pode danificar o material genético que favorece ou provocar a transformação de células normais em células neoplásicas.

¹³ Ácido Desoxirribonucleico – Molécula que contém a informação genética e controla o funcionamento celular.

¹⁴ são genes celulares normais, que codificam proteínas constituintes de uma rede implicada na recepção e transdução de sinais e na regulação da expressão génica. Participam na regulação da proliferação celular. (Regateiro, 2004, p14)

¹⁵ Gene alterado que codifica uma proteína capaz de induzir a transformação celular.

¹⁶ Gene que com proteínas que codificam, funcionam como reguladores negativos do crescimento celular.

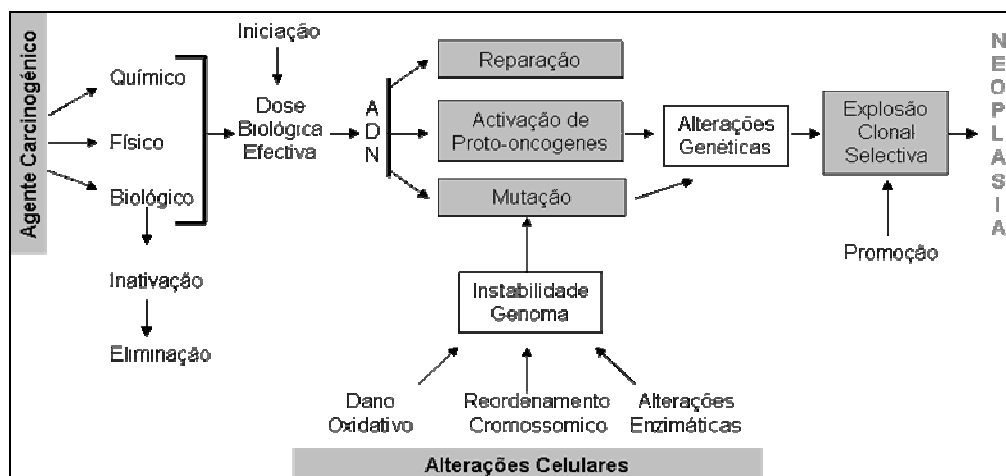
¹⁷ Aspecto de um organismo, considerando determinados caracteres dentro do campo da hereditariedade (Dicionário de Língua Portuguesa 7ª Ed., Edição revista e ampliada por Costa Almeida .J e Melo e Sampaio .A 1994 Porto Editora.)

¹⁸ Entende-se por anaplasia a perda de diferenciação e funções celulares.

sintomas particulares e nenhum teste foi ainda desenvolvido para detectar as células latentes transformadas. Tal facto, torna difícil predizer quais os segmentos da população que estão em risco de desenvolver um cancro. Importa também salientar que os tumores malignos, em grupos de risco (expostos a carcinógenos), podem não apresentar manifestações clínicas durante trinta a quarenta anos (Santos, 2006).

É possível identificar três fases no processo de cancerização química, com base em dados experimentais: iniciação, promoção e progressão (Santos, 2006). Na primeira fase, a iniciação, o agente carcinogénico, ao alterar um gene específico, lesa o ADN, ocorrendo uma mutação. Nesta fase, as células geneticamente alteradas poderão não causar cancro, se o dano for reparado pelo sistema imunitário ou não ocorrer exposição a um cocarcinogénio¹⁹. As células encontram-se iniciadas ou despertas para a acção de um segundo grupo de agentes, que actuará na próxima fase. A fase de promoção é caracterizada pela transformação gradual da célula iniciada em célula maligna, em consequência da exposição a agentes cocarcinogénicos, que induzem de forma preferencial a divisão das células alteradas. A suspensão do contacto com agentes carcinogénicos, a acção do sistema imunitário e de agentes reparadores (e.g. vitaminas A, C e E), pode inibir a formação da neoplasia maligna. Na última fase, a progressão, o cancro está instalado de forma irreversível e irá evoluir com o aparecimento das primeiras manifestações clínicas da doença. Esta fase caracteriza-se pela multiplicação descontrolada e rápida das células alteradas, que adquirem a capacidade de metastização (Murad, 1996; Santos, 2006). Um evento chave, nesta fase, é a formação de uma nova rede de vasos sanguíneos, que alimentam a neoplasia maligna, transportando nutrientes ferrosos, oxigénio e factores de crescimento. Este evento é designado de angiogénese e é essencial para a progressão do tumor maligno. Teoricamente, a carcinogénese pode ser interrompida, se o organismo for capaz de dominar a proliferação celular, descontrolada e rápida, e reparar o dano causado ao genoma. Na figura 1, apresentamos, de forma sintetizada, as três fases que caracterizam a carcinogénese.

¹⁹ Substância e/ou produto de gene que se associa a um carcinogénio, favorecendo o seu efeito (Santos, 2006). Importa realçar que o fumo é um agente carcinogénio completo, pois possui componentes que actuam nos três estágios da carcinogénese.

Figura 1 – Etapas da carcinogénese²⁰

A carcinogénese resulta de um processo biológico multifactorial, no qual intervêm vários factores causais é por isso mais correcto falar-se de muitas causas que actuam em diferentes momentos e numa complexidade difícil de compreender e não de uma única causa (Santos, 2006). À luz do conhecimento científico actual, o cancro é um processo multifásico de evolução clonal que conduz a uma série de mutações somáticas, que levam à transformação da célula normal, em célula pré-cancerígena e, finalmente, em célula cancerígena, o que foi demonstrado pelo estudo do carcinoma do cólon no homem.

1.4. Prevenção oncológica

Em oncologia, a prevenção pode assumir várias formas. Trata-se de um processo complexo, que cobre todas as etapas da história natural da doença e que difere da profilaxia associada a outras doenças, como por exemplo a doença infecciosa (Bilro, 2004). Os princípios fundamentais da prevenção oncológica, propostos por Conde (1986), são ainda actuais, e têm as seguintes premissas:

- O cancro é precedido com muita frequência dum pré-cancro, ou precursor ou lesão pré-cancerosa;
- Para mais de 75% das localizações neoplásicas existem meios de diagnóstico eficazes;
- A mortalidade por cancro pode ser reduzida em 50% se o cancro e o pré-cancro forem diagnosticados atempadamente;

O mesmo autor faz referência a uma nova perspectiva do conceito de profilaxia e prevenção que pode acrescentar as seguintes ideias:

- Identificação precoce da lesão maligna, da neoplasia e do foco inicial de carcinogénese.
- Identificação precoce de micro metástases não reveladas pela clínica.

²⁰ Adaptado de Ministério da Saúde do Brasil/Instituto Nacional de Câncer

Com base nestas premissas, podemos incluir na prevenção oncológica os seguintes conceitos (Bilro, 2004):

- Profilaxia corresponde à prevenção primária, visando a eliminação de factores de risco ou o afastamento do ser humano da sua exposição. Tem por base acções de educação para saúde, realizadas antes do aparecimento da doença.
- Prevenção, corresponde à prevenção secundária e terciária e tem como objectivo detectar e tratar atempadamente a doença, cuja génese não pode ser evitada na sua fase inicial. Neste conceito estão incluídas medidas dirigidas à identificação de lesões pré-cancerosas ou cancros *in situ*²¹.
- Rastreio, tem como objectivo o diagnóstico precoce e destina-se à detecção de lesões pré-cancerosas em indivíduos assintomáticos.

Actualmente, existem em Portugal vários programas de prevenção²². Contudo a sua acessibilidade a toda a população está longe de ser conseguida (Bilro, 2004).

A investigação oncológica tem permitido a identificação de vários factores de risco²³ para o aparecimento de cancro. O mais relevante é, sem dúvida, o ambiente. Presentemente mais de 75% das neoplasias malignas humanas são provocadas ou induzidas por factores ambientais e pelos estilos de vida, o que permite inferir que um grande número de cancros pode ser impedido, desde que sejam adoptadas medidas preventivas adequadas, nomeadamente a alteração de hábitos de vida como o tabagismo e o alcoolismo. Os recentes avanços da genética e da biologia molecular têm tornado possível definir o risco hereditário de determinadas doenças. No caso do cancro, este risco avalia a susceptibilidade, uma vez que o desenvolvimento das doenças oncológicas depende da interacção de factores genéticos e ambientais (Bilro, 2004; Regateiro, 2004)., Apesar de existirem evidências que o meio ambiente contribui mais para o cancro do que a hereditariedade (Ribeiro, 1998), realçamos a importância do melhor conhecimento do genoma humano, o que irá permitir individualizar os genes envolvidos na cancerização (Pfeifer, 2000). É também de prever que se venham a conhecer melhor os genes que influenciam a propensão para determinadas neoplasias malignas (e.g. cancros familiares) e os directamente envolvidos no aparecimento de cancros hereditários. Actualmente, estima-se que 5 a 10% de todos os cancros sejam de natureza familiar e, dentro destes, 1 a 2% sejam hereditários (Santos, 2006). Os indivíduos com predisposição familiar herdada para o cancro são hoje orientados para consultas de aconselhamento genético.

²¹ Carcinoma na sua fase inicial de desenvolvimento antes de se alastrar para além do local de origem

²² Rastreio cancro da mama; rastreio do cancro do colo uterino; rastreio do cancro do cólon; rastreio do cancro da pele (pontual); Consultas de desabitação tabágica (Bilro, 2004)

²³ Probabilidade de indivíduos, aparentemente, sem doença, que uma vez expostos a determinados factores podem adquirir a doença (Bilro, 2004)

Embora algumas medidas profiláticas propostas a indivíduos sem doença (e.g. mastectomia profilática em mulheres com mutação do gene BRCA 1) que apresentam predisposição genética, gere controvérsia, estas permitem à pessoa a escolha entre a prevenção do aparecimento da doença, sem ter 100% de certeza quanto à eficácia, e a espera silenciosa sem medidas profiláticas. A grande vantagem da realização de estudos genéticos reside, efectivamente, na possibilidade dos indivíduos identificados procederem a exames e medidas de oncologia preventiva mais precocemente, com uma orientação terapêutica oportuna. Outra linha de prevenção, proposta há mais de 15 anos por Berenblum e apoiada pelo National Cancer Institut, é a quimioprevenção (Casado et al., 1998). Segundo esta, os esforços científicos devem orientar-se para um melhor conhecimento do processo de carcinogénese, de modo a ser possível intervir a esse nível, através da quimioprevenção, não excluem, porém, a necessidade de controlar os agentes carcinogénicos e a exposição do indivíduo aos mesmos. Incluem-se, nesta linha de prevenção, a utilização de vacinas²⁴ ou de terapêuticas específicas em tumores endócrinodependentes²⁵ ou o uso de suplementos na dieta²⁶. Os benefícios da quimioprevenção foram já demonstrados em ensaios clínicos, observando-se a reversibilidade de lesões pré-malignas. A ausência de efeitos a curto prazo e a sensibilidade generalizada para a necessidade de protecção do meio ambiente, têm atrasado a aplicação mais efectiva desta linha de prevenção na luta contra as doenças oncológicas (Casado et al., 1998).

A prevenção oncológica implica, por parte dos profissionais, sobretudo na área dos cuidados primários, pelo privilégio da proximidade com a população, uma maior motivação para o desenvolvimento de estratégias educacionais adequadas aos grupos alvo. As acções de rastreio devem ser adequadas ao tipo de cancro. Para Sloan (2006), um cancro adequado para acções de rastreio deve: ser um cancro comum; apresentar alta prevalência na fase pré-clínica; estar associado a morbilidade e mortalidade elevadas; ter uma longa fase pré-clínica sem doença detectável; apresentar melhores resultados de tratamento, após detecção pré-clínica; permitir exames de rastreio eficazes e disponíveis.

Para um programa de prevenção funcionar, é fundamental a formação prévia dos profissionais envolvidos, para que adquiram os conhecimentos necessários e estratégias de comunicação eficazes (Bilro, 2004). Esta formação poderá também influenciar o modo

²⁴ e.g. a aplicação da vacina da hepatite B na prevenção do cancro primário do fígado em África ou na prevenção do cancro do colo

²⁵ e.g. a indução da menopausa precoce em mulheres com risco de cancro da mama

²⁶ e.g. antioxidantes e beta-carotenos

como os enfermeiros, e outros profissionais de saúde, percebem a doença e a sua prevenção. A sua percepção revela, por vezes, representações irracionais que não facilitam a mudança de atitudes, opiniões e sentimentos da população em geral o que, na prática, tem repercussões no âmbito do desempenho profissional, nomeadamente nas áreas da promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce e na implementação de rastreios oncológicos (Branco e Pereira, 2006). A desmistificação da doença entre profissionais, através de programas de formação, permitirá, no futuro, destruir o estatuto de doença maldita e punitiva que lhe é atribuído, actualmente, para dar lugar a uma representação mais positiva, traduzida nas palavras prevenção e esperança.

O que demonstra a relevância do conhecimento das representações sociais dos sujeitos, no nosso caso, dos enfermeiros e futuros enfermeiros, no contexto social e profissional e circunstâncias em que se posicionam, pensam, sentem e actuam.

1.5. Factores psicossociais associados ao cancro

Os mecanismos, pelos quais uma variedade de factores psicossociais actua e interage no desenvolvimento e prognóstico da doença oncológica, são ainda pouco conhecidos. Abordaremos os mais discutidos na bibliografia recente, apresentados por Santos (2006).

Factores comportamentais

Os factores comportamentais mais estudados como possíveis agentes carcinogénicos são o tabaco, a alimentação e o consumo de álcool (Bishop, 1994; Ribeiro, 1998, Santos, 2006). O tabagismo é mesmo um dos problemas de saúde pública mais graves da actualidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, até ao ano 2020, haverá 15 milhões de novos casos de cancro, relacionados com o consumo de tabaco. A OMS vê no tabaco a maior causa evitável de cancro. A relação entre certos constituintes da dieta e o aparecimento e desenvolvimento da doença oncológica é também hoje inquestionável (Santos, 2006). Alguns investigadores calcularam que a adopção de uma dieta equilibrada, com redução de peso excessivo e da obesidade, poderia evitar a morte por cancro a 36000 de pessoas em toda a Europa (Diloreto, 2002). O álcool é o componente da dieta do qual existem mais provas sobre a sua relação com o aparecimento de cancro. Existem indícios que se comporta como cocarcinogénio. A sua acção sobre os tecidos foi associada a tumores relacionados com o consumo simultâneo de tabaco, como o cancro do esófago e os tumores da cabeça pescoço (Casado et al., 1998).

Existem outros factores associados aos estilos de vida que influenciam o aparecimento da doença oncológica. Destacam-se a exposição a agentes ambientais carcinogénicos, muitas vezes associados ao contexto laboral, a exposição a radiações ultra-violeta e a vírus. O manuseio, sem protecção, de produtos contendo anilinas é relacionado com o cancro da bexiga, os asbestos com o cancro do pulmão, pleura e peritoneu, o benzeno ao cancro da medula óssea e o crómio com cancro do pulmão. Calcula-se que cerca de 4% das neoplasias malignas tenham como origem a actividade profissional (Bishop, 1994). A maior parte dos cancros laborais ou profissionais surgem em homens, na relação de 7/1. Este facto relaciona-se com o maior número de trabalhadores masculinos na indústria de risco e também com uma susceptibilidade feminina diferente à exposição determinada por hábitos pessoais, factores hormonais e genéticos (Bravo, 1998).

A exposição prolongada à radiação ultravioleta, associada à luz do sol, pode causar cancro da pele. Este tipo de cancro surge, sobretudo, em indivíduos de pele muito branca. São responsáveis por cerca de 90% dos carcinomas basocelulares e epidermóides da pele. A forma mais grave de cancro da pele é o melanoma (Bravo, 1998). Estima-se que, nas regiões tropicais, a incidência de cancro da pele seja de cerca de 90 % (Bishop, 1994). As queimaduras solares graves ou frequentes na infância e na adolescência podem aumentar o risco de cancro da pele (Harvard Medical School, 2002). O risco é também mais elevado nos sujeitos com doenças congénitas da pele (Bravo, 1998).

São conhecidos, desde há muitos anos, alguns vírus implicados na formação de certos tipos de cancro. Um dos casos bem conhecidos é o vírus da hepatite B, ao qual se associa um risco aumentado para o hepatocarcinoma em indivíduos com antecedentes de hepatite e expostos às aflatoxinas, como co-factor determinante. Alguns tumores malignos genitais estão associados à família dos papiloma vírus (Bravo, 1998), que podem provocar uma infecção latente, sem lesões clinicamente identificáveis. Para a mulher desenvolver cancro do colo, são necessários co-factores que têm um papel decisivo na actuação do sistema imunitário. São exemplos o consumo excessivo de tabaco e inflamações crónicas. Está também comprovada a relação entre o vírus herpes simples tipo 2 e o aparecimento de cancro do colo. Outros exemplos da relação entre cancro e vírus são: o linfoma de burkitt com o vírus Epstein-Barr e o Sarcoma de Kaposi com o vírus da SIDA (Bravo, 1998). A infecção por bactérias também pode relacionar-se com o aparecimento de cancro²⁷.

²⁷ e.g. a infecção pelo *Helicobacter pylori* e o cancro gástrico (Chang et al., 2006)

Os estudos realizados evidenciam que um número elevado de neoplasias malignas está directamente associado aos estilos de vida e podem ser prevenidos através de alterações cognitivo-comportamentais relativamente simples (Santos, 2006).

A Organização Mundial de Saúde, no relatório técnico número 276, refere que 75% dos tumores malignos podiam ser perfeitamente evitados (Bravo, 1998). Contudo, trata-se, de um problema de educação extremamente complexo (Silva, 1995). A prevenção do cancro exige a modificação e, inclusive, o abandono de hábitos de vida adquiridos em estádios precoces do desenvolvimento humano, influenciados pela experiência, preferência pessoal e pelas tradições culturais (Bravo, 1998; Bishop, 1994). A mudança de atitudes poderá passar por um maior envolvimento da própria população nas medidas preventivas, co-responsabilizando-a pelo seu papel no processo de gestão da saúde/doença. E pela aceitação, por parte do profissional de saúde, que cada indivíduo está envolto de uma lógica própria e de um sistema de valores e representações que têm que ser considerados.

A doença oncológica continua a ser um grave problema de saúde pública, sem resolução esperada nos próximos anos (Chang et al., 2006; Santos, 2006).

Personalidade

A associação entre o aparecimento de cancro e determinado tipo de personalidade é antiga. Galeno já assinalava que as mulheres “melancólicas” eram mais susceptíveis ao aparecimento de cancro do que as mulheres “sanguíneas” (Andreu, 2002). A crer na mitologia associada ao cancro, a sua origem estaria relacionada com uma continuada repressão de sentimentos que, inicialmente, seriam de origem sexual. As fantasias que relacionam o cancro com a repressão de paixões devem-se a Wilhem Reich, que definiu a doença como consequência de uma resignação emocional, com renúncia à esperança. A obra *A Morte de Ivan Ilyich*, de Tolstói é um exemplo emblemático da associação entre cancro e resignação interior (Sontag, 1998). Apresentamos no quadro 1, algumas referências, ocorridas entre os séculos XVIII e XIX, acerca das relações entre características psicológicas e o cancro.

Quadro 1 – Referências ocorridas entre os séculos XVIII e XIX, acerca das relações entre características psicológicas e cancro:

Autor	Título	Conteúdo
Gendron (1701)	Enquiries into the Nature Knowledge and Cure of Cancer	Assinala a importância da aflição no aparecimento de cancro.
Guy (1759)	An Essay on Scirrous Tumours and Cancer	Descreve as mulheres com cancro como sedentárias, melancólicas com distress que origina angústia e aflição.
Nunn (1782)	Breast Cancer	Evidencia que os factores emocionais influenciam o crescimento do tumor da mama.
Walshe (1846)	The Nature and Treatment of Cancer	Formula a hipótese que a influência do sofrimento mental, dos conhecimentos importantes e do pessimismo habitual sobre cancro, constitui uma luta contra a razão.
Paget (1871)	Lectures on Surgical Pathology	Afirma que a ansiedade profunda, a desesperança e a decepção são seguidas do crescimento do tumor e que a depressão mental tem um papel importante.
Evans (1926)	A Psychological Study of Cancer	Avaliou 100 doentes, após o diagnóstico. Concluiu que a perda de uma relação importante (sem libertação de emoções) constitui um factor relevante para o desenvolvimento da doença.

Fonte: Adaptado de Andreu (2002)

A relação entre a personalidade e o aparecimento de cancro é anunciada desde há muito. Todavia, só na segunda metade do século XX se iniciou um estudo sistemático dessa relação, em particular com a introdução do conceito de personalidade Tipo C (Andreu, 2002). Temoshok (1987) apresentou o conceito de personalidade tipo C como um padrão comportamental de acção face ao stress, que favorecia o aparecimento da doença oncológica. Os sujeitos com personalidade Tipo C, segundo esta concepção, são definidos como “emocionalmente contidos”, em particular face a situações stressantes. São indivíduos cooperativos, passivos, pouco assertivos, com tendência a não expressar emoções negativas (medo, ansiedade e sobretudo ira), com potencial elevado para o desânimo aprendido e submissos à autoridade (Andreu, 2002; Bishop, 1994; Santos, 2006). As características vinculadas ao conceito de personalidade tipo C incluem a depressão, perda de apoio social, ou apoio social inadequado ou escasso, desamparo/desesperança, baixo afecto negativo e alto afecto positivo (e.g. Contrada et al., 1990 cit. Andreu, 2002)²⁸.

²⁸ Temoshok et. al. (1985) associaram o aparecimento do melanoma com a variável desamparo/desesperança, que também foi associada como factor preditor do cancro da mama, por Wirsching et al. (1982)

A personalidade pode ter um efeito directo ou indirecto sobre a doença. Pode actuar de forma directa, como factor de risco, para o aparecimento (personalidade como antecedente) ou para a progressão (personalidade como variável intermédia) da doença, ou actuando de forma indirecta, já que pode determinar os estilos de vida adoptados pelo indivíduo, que favorecem o aparecimento da doença (personalidade como variável moduladora) (Andreu, 2002; Santos, 2006). A depressão e a repressão emocional podem influenciar a incidência do cancro, também como fonte de condutas com riscos para a saúde, como por exemplo o alcoolismo e o tabagismo, ou diminuindo a consciencialização do indivíduo para os possíveis sintomas do cancro e para a procura de um diagnóstico médico (Andreu, 2002), actuando desta forma como variável moduladora. Os vários estudos descritos por Andreu (2002), sobre a relação da personalidade e o aparecimento de cancro, revelam ainda algumas contradições nos resultados encontrados. As dificuldades na confirmação desta relação, segundo a referida autora, estão relacionadas com os instrumentos de medida, com a falta de consenso na conceitualização e definição dos construtos a investigar e com a própria complexidade da doença oncológica. São, por isso, ainda numerosas as questões a abordar e a desenvolver, antes de estabelecer conclusões rigorosas. Acresce ainda à dificuldade de comprovação, a questão metodológica que envolve a experimentação humana e a evolução lenta da doença, para que se estabeleça a associação estatística entre as duas variáveis e ainda a imensidão de variáveis intermediárias, que podem dissimular a resposta individual (Santos, 2006).

Stress, acontecimentos de vida e psicoimunidade

Actualmente o binómio saúde/doença é considerado como um produto de factores diversos, entre os quais o stress ocupa um lugar proeminente (Serra, 1999). O estudo dos efeitos do stress sobre a saúde física implica a análise da interrelação entre variáveis. A forma como as situações stressantes são vividas depende da personalidade individual (e.g. Santos, 2006). Os indivíduos com personalidade tipo C são os mais vulneráveis, em geral, experimentam níveis de stress mais elevados nas vivências quotidianas e apresentam uma maior incidência de doença oncológica (Bishop, 1994). Os efeitos do stress no aparecimento da doença oncológica dependem do tempo de acção do agente stressor e do tipo de tumor.

O aparecimento da psiconeuroimunologia²⁹ vem fortalecer a ideia do vínculo entre a personalidade e o desenvolvimento de cancro. A investigação recente, nesta área, que

²⁹ Campo de estudo, que considera a doença como um processo multifactorial, na qual interferem factores psicológicos o sistema nervoso central e o sistema imunitário (Andreu, 2002).

correlaciona factores psicológicos com o sistema nervoso central e o sistema imunológico, evidencia o papel que podem desempenhar as defesas imunitárias (e.g. células “Natural Killer” (NK)³⁰) na protecção contra alguns tipos de cancro, apesar de permanecerem por esclarecer algumas questões acerca de outros potenciais mecanismos de defesa (e.g. valores hormonais neuroendócrinos) (Andreu, 2002).

Alguns estudos (e.g. Faragher e Cooper, 1997; Reynaert et al., 2000) indicaram que o stress, o “coping”³¹, a depressão, o padrão de comportamento tipo C e o tipo de suporte familiar, têm repercussões no sistema imunitário que podem influenciar o aparecimento e a progressão da doença oncológica. A relação da influência das variáveis psicossociais na resposta imunológica, tem acumulado alguma evidência científica nos últimos anos, no que diz respeito aos efeitos dos processos psicológicos sobre o sistema imunitário (Andreu, 2002). Diferentes estudos da década de 80, citados por Andreu (2002), revelam que a actividade das células “Natural Killer”, é menor na aflição, na separação ou divórcio, na solidão, e que aumenta com a prática de técnicas de relaxamento. Bishop (1994) faz referência também a vários estudos da mesma década e acrescenta que a supressão destas células estaria mais associada à forma como o indivíduo lida com o stress ou seja às estratégias de “coping” desenvolvidas, do que à intensidade do mesmo. Faragher e Cooper (1990, 1997) relacionaram o aparecimento de cancro da mama com “coping” pobre, introversão e suporte social limitado.

A investigação recente continua a indiciar que o stress psicossocial, o luto, o isolamento social, e a supressão de emoções negativas, têm influência negativa na actividade do sistema endócrino e imunológico (e.g. Kastenbaum, 2001; Morin, 1988; Oliveira, 1999, 2008; Rebelo, 2004; Santos, 2006). No entanto, está ainda por aclarar a extensão do impacto da personalidade e do stress no sistema imunológico, uma vez que é deste a responsabilidade da identificação e destruição das células com potencial oncológico (Santos, 2006).

³⁰ As células Natural Killer (exterminadoras naturais) fazem parte de uma população especial de linfócitos, responsáveis pela imunidade inata ao tumor. São tóxicas para células tumorais e para células infectadas por vírus (Pollock et al., 2006)

³¹ Esforço cognitivo e comportamental para gerir solicitações específicas internas ou externas, (e conflitos entre elas) que são consideradas como excedendo os recursos da pessoa (Santos, 2006)

1.6 O tratamento da doença oncológica

O tratamento do cancro deve ser multidisciplinar. A combinação, quando adequada, de várias modalidades terapêuticas, aumenta a possibilidade de cura (Martín e Téllez, 1998). A seguir ao diagnóstico, o estadiamento da neoplasia maligna é o passo mais importante no plano terapêutico, uma vez que fornece orientações para a definição de estratégias terapêuticas. Debruçar-nos-emos sobre este tema noutro ponto.

Grau de malignidade e estadiamento

O estudo do grau de malignidade resulta da avaliação de critérios histológicos e consiste na classificação das células neoplásicas, tendo por base a análise da diferenciação celular, alterações morfológicas e o número de mitoses. Para este estudo recorre-se a técnicas citológicas e a biopsias³² incisionais ou excisionais (Santos, 2006). O estadiamento é realizado com base nos resultados de vários exames complementares de diagnóstico e consiste num sistema de classificação baseado na extensão anatómica da neoplasia maligna (Lopes, 1996, Santos 2006). Esta classificação constitui um elemento chave para a definição de estratégias terapêuticas, para a determinação do prognóstico da doença e pode condicionar o objectivo do tratamento (Caseiro et al. 1997). O sistema mais usado é o TNM, desenvolvido pela “American Joint Committee on Cancer” que descreve a extensão anatómica da doença e baseia-se na avaliação de três componentes básicos: extensão do tumor primitivo (T), ausência ou presença e extensão de metástases nos gânglios linfáticos regionais (N), e ausência ou presença de metástases à distância (M) (e.g. Pfeiper, 2000). A aplicação desta escala é variável para cada órgão. Apresentamos, no Quadro 2, as definições gerais utilizadas no sistema de classificação TNM:

³² Extracção de um fragmento tissidular para estudo. Biopsia excisional corresponde à extirpação completa do tumor, quando apresenta dimensões pequenas e a biopsia incisional à extracção profunda de um fragmento do tumor (Martín e Téllez, 1998).

Quadro 2 - Definições gerais utilizadas no sistema de classificação TNM

Designação do estágio	Definição
T Tumor Primitivo Tx T0 Tis T1 a T4	Extensão do tumor primitivo Tumor primitivo não pode ser avaliado Sem evidência de tumor primitivo Carcinoma <i>in situ</i> ³³ Aumento progressivo no tamanho e/ou extensão local do tumor primitivo
N Gânglios Metastáticos NX N0 N1 a N3	Ausência ou presença e extensão de metástases nos gânglios linfáticos regionais Gânglios linfáticos regionais não podem ser avaliados ausência de metástases nos gânglios linfáticos regionais aumento progressivo do envolvimento dos gânglios linfáticos regionais.
M Metástases à distância MX M0 M1	Ausência ou presença de metástases à distância presença de metástases à distância não pode ser avaliada ausência de metástases à distância

Fonte: Caseiro et al. (1997)

Existem outros sistemas de classificação, específicos para determinadas neoplasias malignas, como por exemplo a classificação Ann Arbor, para a doença de Hodgkin ou a classificação de Dukes, para o adenocarcinoma do intestino grosso (Caseiro et al., 1997; Larrauri, 1998). A realização do estadiamento, para além de orientar o plano terapêutico, permite o desenvolvimento e disseminação do conhecimento a nível internacional e a gestão de programas de controlo da doença oncológica (Mackillop et al., 2006).

Tratamento da doença oncológica

O tratamento dos tumores malignos alicerça-se, conforme cada caso e tendo em conta as características da doença oncológica e do doente, na aplicação isolada ou num processo combinado de várias modalidades terapêuticas, que podem incluir a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a hormonoterapia (Martín e Téllez, 1998; Santos, 2006). Recorre-se ainda a outros tratamentos como a Bioterapia – ou imunoterapia ou modificadores da resposta biológica ou terapia biológica – e à terapia génica, esta última ainda em fase de desenvolvimento e experimentação. Antes do início do tratamento, ponderam-se três aspectos essenciais: as condições do tumor (localização, tamanho e

³³ Carcinoma na sua fase inicial de desenvolvimento antes de se alastrar para além do local de origem

tipo histológico), a cinética das células (taxa de crescimento e agressividade, invasão e potencial metastático) e as variáveis associadas ao doente (saúde geral, estado imunológico, interesse do doente e qualidade de vida) (Santos, 2006).

Cirurgia

A cirurgia é a modalidade terapêutica mais utilizada, de forma isolada ou combinada, no tratamento de neoplasias malignas sólidas localizadas ou nas quais o seu desenvolvimento não ultrapassou o nível dos gânglios linfáticos regionais. A cirurgia oncológica tem várias finalidades: cirurgia diagnóstica, cirurgia preventiva ou profilática e cirurgia terapêutica. A cirurgia diagnóstica agrupa todos os procedimentos cirúrgicos que podem ser utilizados para definir a natureza, localização e extensão do processo estudado, ou seja, para estabelecer o diagnóstico da doença oncológica e o seu estadiamento. A cirurgia preventiva ou profilática tem, como principal objectivo antecipar-se à provável degeneração de uma lesão pré-existente. São exemplos desta a remoção de pólipos, em doentes com história de cancro do cólon familiar, a ressecção de nódulos na tiróide ou a extirpação de sinais situados em locais de fricção ou pressão. A cirurgia terapêutica tem como objectivo a cura da maioria dos doentes oncológicos ou a melhoria da sua qualidade de vida. Dentro deste grupo, e atendendo ao objectivo, distinguimos dois tipos: a cirurgia curativa e a cirurgia paliativa (Martín e Téllez, 1998).

Uma outra modalidade cirúrgica, utilizada nos doentes oncológicos, é a cirurgia reconstrutiva que tem como objectivo principal melhorar a qualidade de vida do doente, abrangendo a correcção de alterações físicas e/ou funcionais, decorrentes do tratamento da doença. O tratamento cirúrgico pode ser combinado com outras modalidades, de modo a reduzir a extensão do tumor, aumentar a sua ressecabilidade, limitar as alterações físicas e funcionais do doente e aumentar as probabilidades de cura. Constituem exemplos destas estratégias terapêuticas a quimioterapia pré-operatória (designada de neo-adjuvante), a radioterapia ou quimioterapia, intra-operatória ou pós-operatória (designada de adjuvante) (Santos, 2006).

Radioterapia

A radioterapia consiste num tratamento loco-regional³⁴ do cancro, com aplicação de radiações ionizantes. Cerca de 60% dos doentes oncológicos são submetidos a esta modalidade, durante o tratamento da sua doença (Monteiro, 2004). Tem como principais

³⁴ Trata-se de um tratamento loco-regional, uma vez que incide sobre a massa tumoral e nas cadeias ganglionares adjacentes, onde está comprovada a disseminação de células tumorais (Monteiro, 2004)

objectivos a cura (radioterapia radical), através do controlo do crescimento e disseminação do tumor e a erradicação de células tumorais ou a palição, através do controlo de sintomas como a dor por metástases ósseas, ou o tratamento de tumores ulcerantes e sangrantes. A radioterapia apresenta resultados benéficos em cerca de 75% dos casos com indicação paliativa (Calvo et al., 1998). A sensibilidade das células cancerígenas depende da tipologia celular, da fase de vida celular, da taxa de divisão, do grau de diferenciação e da oxigenação celular. As células não cancerígenas também sofrem lesões cromossómicas. Porém, apresentam maior capacidade de recuperação. Os factores dos quais dependem o grau de lesão e os efeitos secundários incluem a dose, a duração dos tratamentos, a energia e o tipo de radiação usada, o volume e localização anatómica do tecido, e os níveis de tolerância individual (e.g. Calvo et al., 1998; Chacón et al., 1998; Monteiro, 2004).

Quimioterapia

A quimioterapia consiste na utilização de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com actividade citotóxica no tratamento sistémico da doença oncológica. O seu mecanismo de acção caracteriza-se pela interrupção do ciclo celular. A maioria das drogas actua modificando ou interferindo na síntese de ADN. São, por isso, mais activas nas fases de divisão celular. Os objectivos desta modalidade são: a cura da doença, através da erradicação de todas as células neoplásicas, o controlo da doença impedindo a sua progressão, a profilaxia após cirurgia ou radioterapia e a palição, para o alívio de sintomas. A selecção do citostático vai depender de vários factores, entre os quais salientamos a aceitabilidade do tratamento pelo doente e as condições clínicas que apresenta, o tipo de célula cancerosa, a taxa de absorção do fármaco, a localização do tumor e a resistência do tumor à quimioterapia. As células cancerosas têm potencial para sofrer mutações e desenvolver resistência aos citostáticos. Por este motivo, opta-se actualmente pela poliquimioterapia, como estratégia para diminuir os efeitos da resistência às drogas. Para além desta vantagem, a administração conjunta de drogas permite a utilização de doses mais baixas, pelo efeito aditivo e sinérgico que revelam e a aplicação de fármacos que actuam em várias fases do ciclo celular. Pode ser administrada por várias vias, sendo as mais comuns a intravenosa, a oral, a subcutânea, a intramuscular e a intracavitária. Os efeitos secundários desta modalidade estão relacionados com a falta de especificidade dos fármacos, na selecção das células afectadas. Todos os efeitos descritos para as células malignas são sentidos também pelas células normais (Costa et al., 2005; Murad e Katz, 1996; Nunes, 2004; Santos, 2006).

Hormonoterapia

A extracção ou a administração de hormonas pode interferir, por mecanismos citostáticos, no crescimento tumoral (Nunes, 2004). O crescimento de determinados tecidos é dependente do ambiente hormonal, ficando inactivos na ausência de estímulos. Desta forma, as células malignas, quando têm origem nestes tecidos, ficam total ou parcialmente dependentes do estímulo hormonal (Costa et al., 2005). Na actualidade, é conhecida a relação entre factores hormonais e o processo de carcinogénese, em tumores que apresentam receptores hormonais. São exemplo dessa situação o cancro da mama, do útero e da próstata (Carrato et. al, 1998; Santos, 2006). Ao contrário do que acontece com as células sãs, as células malignas podem recuperar a capacidade de se desenvolverem, mesmo na ausência da estimulação hormonal, situação que pode acontecer, por exemplo, no carcinoma da próstata inactivo após orquiectomia³⁵. Esta modalidade terapêutica é bem tolerada, uma vez que o seu mecanismo de acção é citostático e não citotóxico e inclui a utilização de hormonas e antihormonas, que podem ser antagonistas ou agonistas parciais de mecanismos hormonais (Costa et al., 2005). A hormonoterapia pode ser classificada segundo a sua actuação em: terapêutica ablativa – que visa diminuir os níveis hormonais, através da abordagem cirúrgica ou da radioterapia (os exemplos mais representativos desta modalidade são a orquiectomia no cancro da próstata e a ovariectomia³⁶, no cancro da mama); e a terapêutica hormonal farmacológica – que consiste na administração de fármacos que modificam o equilíbrio hormonal do tumor e dessa forma inibem o seu crescimento – inclui três modalidades: aditiva (estrógenos, andrógenos, progestinas, corticóides), competitiva (e.g. antiestrogénios, antiandrogénios) e inibitória (e.g. inibidores da aromatase) (Carrato et. al., 1998; Nunes, 2004). Também a hormoterapia pode ser usada no tratamento neo-adjuvante da doença oncológica, com o objectivo de promover a redução do tumor, permitir a cirurgia conservadora e irradiar micrometástases (Musé e Sabini, 2001 cit. Santos, 2006). Pode, ainda, ser proposta em carcinomas localmente avançados (Santos, 2006).

Bioterápia e terapia génica

A imunoterapia, ou bioterapia, mais conhecida como modificadores da resposta biológica, é uma forma de tratamento do cancro relativamente recente. Define-se pela utilização do sistema imunitário e dos seus produtos para controlar ou destruir as células malignas (Colmenarejo et al., 1998). Tem como principal propósito melhorar a eficácia do sistema imunológico (Santos, 2006). O “Nacional Cancer Institute’s – Division of Cancer

³⁵ Ressecção testicular

³⁶ Ressecção ou destruição da função ovárica, através de cirurgia ou de radioterapia

Treatment” define os modificadores da resposta biológica como agentes ou abordagens que alteram a relação entre o tumor e o hospedeiro, através da modificação da resposta biológica do hospedeiro às células tumorais, resultando num efeito terapêutico (Rieger, 2000). Os vários agentes biológicos têm como função estimular os mecanismos de defesa imunológica do hospedeiro, com o intuito de eliminar moléculas ou células estranhas. De uma forma geral, estes agentes podem actuar através de actividade citotóxica directa nas células malignas (e.g. factores de necrose celular), restabelecendo, fortalecendo ou modulando a resposta imunitária (e.g. citocinas), ou modificando outros efeitos biológicos como a capacidade de metastização e a sobrevivência das células neoplásicas (anticorpos monoclonais) (Costa et al., 2005; Rieger, 2000; Santos, 2006).

A terapia génica é uma nova forma de intervenção terapêutica cuja finalidade, ao nível celular, é modificar a expressão dos genes. Pretende-se, assim, corrigir alterações fisiopatológicas que caracterizam a doença, com o recurso a técnicas de biologia molecular. No caso particular da doença oncológica, a terapia génica procura influir no crescimento, diferenciação, capacidade invasiva e na metastização das células cancerosas, através da transferência de uma sequência de genes imperfeitos, por genes normais, ou actuar na expressão genética, mediante a utilização de moléculas que interagem com os genes existentes ou que interferem com os mecanismos de replicação, transcrição e tradução do ácido desoxirribonucleico (Navarro et al. 1998). Esta modalidade ainda se encontra em fase de experimentação (Santos, 2006).

1.7. Implicações da doença oncológica e do seu tratamento

Os efeitos colaterais, a toxicidade da terapêutica, as mutilações, as metáforas que acompanham a doença são factores que alteram a qualidade de vida do doente e da sua família. Num sentido mais profundo, alteram também o seu sentido da vida. Segundo Greer e Moorey (1987), o doente com cancro tem a sua auto-imagem comprometida, o que pode afectar o seu sentimento de esperança. O medo, a incerteza, os tratamentos levam à ansiedade que “favorecerá o aumento de ocorrência de náusea e vômito antecipatório, especialmente em pacientes jovens e afecta também a vida sexual” (McCafrey, 1985, p.155). Um dos problemas mais relevantes relaciona-se, portanto, com os efeitos colaterais do tratamento, muitas vezes percebidos pelo doente como piores do que a própria doença, questionando a adesão ao tratamento (Justo, 2002; Nezu et al., 1998 cit. Pereira e Lopes, 2005). Independentemente do tipo de tratamento, as probabilidades de ocorrência de crises de náuseas, vômitos, perda do apetite ou fadiga são grandes. Os sinais exteriores do tratamento como a queda de cabelo, o

emagrecimento, as restrições motoras e outras, associadas a lesões orgânicas menos visíveis, também dificultam o equilíbrio (Justo, 2002).

O diagnóstico de cancro implica inúmeros desafios, relacionados com as consequências, da doença e do seu tratamento. Dependendo da localização do tumor, tipo e estado de desenvolvimento podem ter um efeito devastador nas suas vítimas (Bishop, 1994). Viver com a incerteza é o principal desafio que o doente e as pessoas com as quais estabelece relações de proximidade enfrentam. O tempo que antes era certo e eliminado passa a ser entendido como um momento, quando o diagnóstico de cancro está no horizonte. O cancro, mais do que qualquer outra doença crónica, invoca muitos dos nossos medos profundos (Weisman, 1986 cit por McCray, 2000).

A doença oncológica desperta sentimentos contraditórios, com implicações importantes nas relações interpessoais e nos padrões de comunicação do doente com a sua família e pessoas significativas. A forma como o doente e a sua família interpretam o diagnóstico, os períodos de transição por que passam, os sentimentos que a doença desperta, o desgaste físico que os cuidados representam, muitas vezes acompanhados de sentimentos de culpa, angústia e ressentimento, a alteração de papéis, o esgotamento de recursos económicos, as dúvidas espirituais, o evitamento físico, são algumas das implicações psicossociais do cancro, que provocam distress emocional, em todos os intervenientes (Ogden, 1999; McCray, 2000). Vários estudos, referidos por Pereira e Lopes (2005), revelam que o stress e a ansiedade, associados à prestação de cuidados pela família, podem ter efeitos devastadores e ser uma das causas de morbilidade do cuidador principal.

A realização de testes genéticos, sem o devido acompanhamento das famílias, pode conduzir também a alterações psicossociais, como o aumento do medo e da ansiedade, depressão, mudanças na relação familiar, culpa pela transmissão de um gene alterado, culpa por não receber um gene alterado (culpa do sobrevivente), mudança do *status* funcional e mudanças na imagem do corpo e autopercepção. Todo este espectro de reacções psicológicas evidencia a importância de considerar a dinâmica familiar, antes da realização do teste, “pois os resultados obtidos por um membro da família podem ter impacto potencial sobre os demais familiares” (Mills e Rieger, 2006, p. 87). Outro aspecto a considerar no rastreio genético, e que pode ter implicações psicossociais, é a confidencialidade dos dados. “Nos Estados Unidos, permanecem as incertezas a respeito da possível discriminação genética por parte das companhias de seguro ou por empregadores, apesar da legislação aprovada” (Mills e Rieger, 2006, p. 87).

2. A MORTE E O MORRER COM CANCRO

“A morte foi sempre tema actual, porque faz parte da vida,
e o pensar nela pode dar mais qualidade à própria vida,
aventura grandiosa e ao mesmo tempo tão frágil”

(Barros, 1998 p. 7)

2.1. Introdução ao capítulo

O progresso científico permitiu um aumento notável no tempo de vida do ser humano e conferiu novas características à morte, que implicam cada vez mais o envolvimento dos profissionais de saúde. O momento da morte é continuamente adiado, e a inevitabilidade da morte provoca, nos profissionais de saúde, comportamentos desajustados, associados ao medo, à impotência, ao sentimento de fracasso, à falta de resposta e ainda a perturbações internas que despertam a possibilidade de o próprio experimentar o sofrimento. “A experiência de assistir à morte do outro desenvolve em todos nós, o nosso próprio medo” (Sousa, 1996, p. 41) de morrer. A morte deixou de ser aceite, é uma inevitabilidade incontornável, quer para quem dela se aproxima, quer para os familiares, amigos e, sobretudo, os profissionais de saúde. Ao perder o seu carácter natural, a morte tornou-se uma responsabilidade humana que, em tudo, ultrapassa os nossos limites, expõe as nossas fraquezas, destrói as nossas protecções e exponencia o nosso medo. Por isso escamoteamos a nossa mortalidade (e.g., Àries, 1992; Bradbury, 1999; Flores, 1993; Kastenbaum, 2001; Kübler-Ross, 1991; Morin, 1988; Oliveira, 1999, 2008).

A falta de humanismo, a despersonalização da morte e a obstinação terapêutica, são uma realidade, contudo, começa a existir um movimento cultural de mudança de atitude em relação à morte – os Cuidados Paliativos, há muito em grande desenvolvimento noutros países (e.g. Hennezel, 2001). Esta mudança, não se fará restaurando simplesmente o quadro legislativo sobre o fim de vida. É necessário, em primeiro lugar, admitir que afastámos a morte da vida e, em segundo, é indispensável promover a integração adequada do moribundo no mundo dos vivos; por fim admitamos que ciência e tecnologia não são agentes únicos da alienação do morrer, mas sim instrumentos sociais, reflexo dos valores da sociedade onde estão inseridos e que os condiciona (e.g. Barbosa, 2002). É necessário “reabilitar a morte”, humanizá-la nas instituições, abrir o diálogo nas escolas de forma a criar uma nova consciência que a integre na vida.

Neste capítulo, faremos uma brevíssima abordagem da morte e de como se morre na actualidade. Ainda que este não seja um tema central no nosso trabalho é muito

importante para contextualizarmos a problemática em estudo. Consideraremos, de uma forma particular, o morrer em oncologia, as suas implicações nos profissionais de saúde e o advento dos Cuidados Paliativos, como forma de dignificação da vida. O modo como (não) encaramos a morte, não nos ajuda a encarar a doença, nem a prepararmo-nos para quaisquer situações de debilidade que nos possam ocorrer. Doentes, familiares, amigos e profissionais de saúde acabam por seguir trajectos com muitos pontos em comum, um deles, sem dúvida, é o do medo em relação à doença crónica – ao cancro – à morte e ao morrer, o que se reflecte no próprio modo de abordar a possível cura... e a vida (e.g. Bradbury, 1999; Oliveira, 1999, 2008).

2.2. A morte e o morrer na sociedade actual

A morte é um tema tão antigo como o Homem e pode ser conhecido também através dos mitos, das religiões, da teologia, da literatura e da filosofia, antiga e moderna. A ciência também a conhece, pelo menos a que lida mais com a vida, como a medicina, a enfermagem, a psicologia e outras ligadas aos cuidados directos de saúde. O medo da morte habita o ser humano desde que nasce de uma forma inconsciente ou consciente e condiciona a personalidade e o comportamento humano, invocando, a sua presença, sentimentos de ansiedade e angústia, estudados em várias áreas do conhecimento (e.g. Ariès, 1989, 1992; Barros, 1998; Bradbury, 1999; Kastenbaum, 2001; Oliveira 1995, 1999, 2004, 2008; Moreira, 2001; Morin, 1988; Kübler-Ross, 1969,1991).

O tabu da morte persiste, apesar de nas décadas de 50/60 do século XX, algum tempo, após a última Grande Guerra ter começado a sair da clandestinidade, através da produção literária (e.g. Gorer, 1963), da organização de congressos sobre o tema, dos meios de comunicação social e de cursos na área da tanatologia³⁷ (Barros, 1998). Este tabu é disfarçado de forma mais ou menos rebuscada. Antes, a morte ocorria em casa, de forma ritualizada, na presença de todos. Actualmente, ocorre de forma científica, num hospital, escondida de todos e envolta num silêncio mortal. A morte deixou de ser um momento íntimo, passado em família, para ser um acontecimento solitário, no hospital.

“A simplicidade com que os ritos da morte eram aceites e cumpridos, duma maneira cerimonial...sem carácter dramático, sem movimento de emoção excessivo...em que a morte é simultaneamente familiar, próxima e atenuada, indiferente, opõe-se à nossa, em que a morte provoca medo, a ponto de nem ousarmos dizer-lhe o nome” (Ariès, 1989, p. 24-25).

³⁷ Tratado sobre a morte

Se antes a morte era familiar ou estava domesticada, hoje, ela é interdita, escondida. Vive-se em vergonha... e frequente isolamento. Mascaram-se os cadáveres com maquilhagens, para parecerem mortos-vivos, e procura-se a criogenação, na esperança de tornar um dia a vida física eterna. As manifestações de dor, perante a perda, tendem a desaparecer, pois prolongam na família e na sociedade a memória do defunto e da morte. Os cemitérios estão cada vez mais vazios e as visitas ocorrem apenas por uma cortesia forçada. Estas são também formas de ocultar a morte. Outros sinais contraditórios que envolvem este tabu referem-se a casos como a distanásia, ou seja o prolongar artificialmente a vida do moribundo, ou a eutanásia, num sentido inverso, o acelerar da morte, muitas vezes de forma discreta, sem o conhecimento do próprio e da sua família (Barros, 1998).

As razões para se negar ou fugir da morte são de vária ordem e podem estar relacionadas com a tecnologia que prolongou a longevidade, sendo o primeiro postulado da medicina curar, o que transmite a ideia de imortalidade... física. A morte para a ciência médica representa o fracasso. Por outro lado, o materialismo e o culto do corpo não permitem que o pensamento da morte perturbe o consumo de bens e dos prazeres associados à vida. A morte também pode ser vista como uma realidade meramente biológica e não como uma realidade profundamente humana (Barros, 1998). Muitas vezes o doente não chega a aperceber-se, como moribundo, porque os profissionais de saúde e a família lhe mentem, omitem informação ou os sinais da própria morte (e.g. Glaser e Strauss, 1966). A forma como a morte é negada, aceite ou camuflada varia conforme o tipo de sociedade, a experiência pessoal e profissional, a idade e o género sexual (Ariés, 1989; Barros, 1998; Oliveira, 1999, 2008).

Nos ditos povos primitivos, ou não civilizados, a morte é um acontecimento comunitário, venerado como a vida (o que se pode ainda observar, por exemplo, nalgumas comunidades africanas). Estes povos protegem a vida ao dar lugar à morte. A experiência concreta da antropologia demonstra que negar a morte gera uma outra morte (Fiore, 1994). O confronto e a aceitação da morte permitem a maturidade psicológica e o equilíbrio. “Rejeitar o sentido da morte, fica em grande parte rejeitado o sentido da vida, pois trata-se de duas faces da mesma moeda” (Barros, 1998, p. 18). Morrer faz parte da vida, tal como o nascer. É o processo natural que todos iremos viver. A medicina do século XXI, como nos recorda Callahan (2000, cit. por Martínez e Barreto, 2002), deve ajudar-nos a investigar e a confrontarmos o processo de morte, pois todos os seres humanos, por muito que a ciência avance, estão destinados a vivê-la. É necessário “reabilitar a morte” para dar mais sentido e qualidade à vida. Negá-la, escondê-la, disfarçá-la não impedirá que “o derradeiro momento” aconteça.

Suscitar este tema no diálogo entre os profissionais de saúde contribuirá para evitar a morte social, o abandono de alguém quando mais necessita de comunicar, o "correr da cortina", num silêncio deletério, para dar lugar a uma experiência libertadora de medos e angústias, porque a morte é um fim mas, não tem que ser o fim. E são muitos os casos em que constatamos que é nos momentos próximos da morte que algumas pessoas, tanto doentes, como profissionais de saúde (mas em particular os primeiros), mais se questionam acerca do significado da vida e do sentido de estarmos aqui (e.g. Hennezel, 1997, 2001; Oliveira, 2008).

2.3. O doente oncológico em fase terminal e os Cuidados Paliativos

Com alguma frequência, no âmbito da nossa prática profissional, questionamo-nos: quem é o doente oncológico em fase terminal? É apenas uma pessoa que sente a proximidade da morte? É uma pessoa que aprende a sofrer no decurso da doença? Tentaremos agora abordar estas questões.

Após ser estabelecido o diagnóstico de cancro, são instituídas medidas terapêuticas que, como antes referimos, implicam alterações físicas e psicossociais por vezes devastadoras. O doente, quando inicia o tratamento, na maioria das vezes, está cheio de esperança. Esta pode começar a esbater-se à medida que sente os efeitos físicos colaterais do tratamento. Alguns doentes, neste percurso, permanecem sem doença ao fim de algum tempo (5 anos) e são considerados curados, outros respondem positivamente ao tratamento numa fase inicial e, posteriormente, apresentam recaídas, outros ainda reagem negativamente ao tratamento e declinam de forma progressiva e, por fim, existem os casos em que o cancro à data do diagnóstico se encontra numa fase avançada e a cura deixa de ser possível. É no momento em que a cura deixa de estar no horizonte terapêutico que falamos de doente em situação terminal (Martínez e Barreto, 2002). Diversos autores têm tentado estabelecer as características desta situação (e.g. Bayés e Barreto, 1992; Gomez et al., 1990; Suárez, 1998). É impossível tipificar um doente, pois cada indivíduo é único e apresenta necessidades específicas. Faremos, contudo, referência aos aspectos mais importantes, realçados por vários autores:

- Doença avançada e incurável;
- Impossibilidade de resposta a tratamentos específicos;
- Presença de problemas de saúde múltiplos, multifactoriais, que sofrem alterações e podem pôr em causa a estabilidade do doente e da família (e.g. dor, anorexia, debilidade, ansiedade, depressão, obstipação, agitação etc.);
- Impacto emocional no doente e família/cuidador principal;
- Prognóstico de vida breve (Martínez e Barreto, 2002).

Reportando-se aos doentes oncológicos, Barón et al. (1996), referem que não existem critérios universais aceites, para identificar o doente como terminal. Aludem a aspectos importantes para definir o diagnóstico da fase terminal, que passamos a apresentar:

- Doença de evolução progressiva;
- Estado geral grave inferior a 40% na escala de Karnofski³⁸;
- Prognóstico de vida não superior a 2 meses;
- Insuficiência de um órgão;
- Ineficácia comprovada dos tratamentos destinados à cura ou para o aumento da sobrevivência;
- Complicações irreversíveis finais.

O conhecimento e o respeito por estes critérios são de extrema importância para garantir a instituição de cuidados adequados, assentes em bases éticas e técnico-científicas sólidas. Tendo em consideração os critérios atribuídos pelos vários autores, compreendemos que, ao doente oncológico em fase terminal, é associado o diagnóstico de doença progressiva, sem cura, incapacitante, com alterações irreversíveis e tempo de vida limitado. É nesta altura que o cuidar vem como primeira linha no plano terapêutico. Segundo Moreira (2001, p.36) “nesta situação o cuidar deve ser orientado numa perspectiva de cuidados globais, activos e centrados no doente e família”. O objectivo deixa de ser a cura para dar lugar à promoção da qualidade de vida do doente e da família, como a unidade de cuidados. Esta filosofia de cuidados enquadra-se no conceito de Cuidados Paliativos, em progressivo desenvolvimento no nosso país.

De acordo com Báron et al. (1996) os Cuidados Paliativos têm como objectivo de estudo o Homem doente e a preservação da dignidade. Perante a doença, o doente e a sua família vivem, em maior ou menor grau, alterações psicológicas que lhes permitem o ajustamento à doença e “sentem” uma série de sintomas, por vezes de difícil controlo. A falta de alívio destes sintomas, psicológicos e físicos, conduz à perda de dignidade. Stedeford (1986) refere que os profissionais de saúde utilizam comportamentos de defesa, mascarados como falta de tempo para não estar com o doente terminal, com o intuito de evitarem o confronto com a morte, em geral, e com a sua, em particular.

Os Cuidados Paliativos surgem como a esperança de dignidade no fim de vida. Neto (1998) define-os como cuidados globais prestados a doentes com patologia avançada, incurável, progressiva, sem resposta curativa e cujo objectivo central é proporcionar o máximo de qualidade de vida, ao doente e à sua família. O que complementa a filosofia

³⁸ Escala criada em 1948, por Karnofski e colaboradores para avaliação do estado funcional dos doentes com cancro do pulmão. Actualmente é comum a sua utilização em todos os doentes oncológicos.

curativa, uma vez que permite a continuidade dos cuidados, quando a cura já não é possível (Báron et al., 1996). Os doentes para os quais não existe cura deixam de ser os “doentes de ninguém” para serem incluídos no sistema de saúde vigente. A OMS (1990) refere também que as grandes finalidades dos Cuidados Paliativos são o controlo de sintomas, incluindo a dor, a resolução de problemas psicológicos, sociais e espirituais do doente e oferecer um sistema auxiliar de apoio ao doente e família para se adaptarem ao processo de doença e morte da melhor forma, inclusive na fase de luto da família.

“Os Cuidados Paliativos, estendem-se muito além do alívio de sintomas físicos; eles procuram integrar os aspectos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento, de modo a que os doentes se possam adaptar à morte iminente de forma tão completa e construtiva quanto possível” (Twycross, 2003, p. 16).

Os componentes essenciais dos Cuidados Paliativos são o alívio de sintomas, o apoio psicossocial, o trabalho em equipa e em associação, bem como a comunicação adequada. Dirigem-se mais ao doente do que à doença, aceitam a morte, mas também melhoram a vida, constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados e preocupam-se mais com a reconciliação do que com a cura. (Twycross, 2003)

Os Cuidados Paliativos requerem do profissional de saúde um grande investimento físico, psicológico e formação, para dar resposta às necessidades do doente em fase terminal, assim como à sua família. Exigem uma atitude que é necessário desenvolver no cuidar. Respeitar a condição humana, dignificar os cuidados, apoiar aquele que sofre, são aspectos que se impõem no desempenho de todos os profissionais de saúde. Para Twycross (2003) podem constituir momentos de grande crescimento, nos quais, por vezes, é útil dispor de apoio profissional. Apontamos como exemplos:

- Enfrentar a própria mortalidade;
- Enfrentar as limitações pessoais e profissionais;
- Partilhar o controlo;
- Aprender a estar com os doentes e não apenas a prestar-lhe serviços;
- Enfrentar o desafio das próprias crenças;
- Lidar de forma honesta com as emoções.

E de volta à grande questão... Quem é o doente oncológico em fase terminal? É uma pessoa em toda a sua dimensão biopsicossocial, que sentiu no seu corpo a linguagem de uma doença predadora, que deteriora o seu estado geral de uma forma definitiva e progressiva, que vivencia emoções fortes, relacionadas com as múltiplas perdas e o luto das mesmas, com o receio do sofrimento, da dor, do desamparo, com o medo de deixar

de ser, mas para o qual existe a esperança de um fim de vida com dignidade e sem sofrimento inútil. Essa esperança toma o nome de Cuidados Paliativos.

2.4. Os profissionais de saúde e o doente oncológico terminal

A carga negativa do cancro, atribuída pelos profissionais de saúde e pela população em geral, deriva de representações de terror associadas à fase terminal da doença, à degradação física, psicológica e social. A confrontação com o processo de morrer do doente oncológico, ao qual é associada a imagem de sofrimento psíquico e físico (do doente, família e do próprio profissional) conduz o enfermeiro a pensar na sua própria morte, despertando sentimentos de impotência que questionam o sentido do seu próprio papel (Duarte, 2000). O que pode levar os profissionais de saúde a afastarem-se do contacto com o doente terminal, por já nada haver a fazer pela unidade orgânica viva, colocando de lado a concepção que a terminalidade do ser humano envolve mais aspectos para além do corpo. O abandono do doente oncológico terminal e da sua família, camuflado por uma capa de profissionalismo e falta de tempo, tem por base o medo de um envolvimento emocional que ultrapasse a simples intervenção biológica (Pereira e Lopes, 2005).

A preocupação central dos enfermeiros, durante os cuidados, é a mobilização de recursos tecnológicos, que traduzam o sentimento de “dever cumprido”, ficando a sua acção resumida aos cuidados físicos (e.g. Sousa, 1996) e desta forma fogem do contacto com o doente e família. Os Cuidados Paliativos submetem os profissionais de saúde a muitos factores de stress e dilemas éticos, que incluem a comunicação de más notícias, a adaptação ao insucesso da cura médica, a exposição repetida à morte de pessoas com as quais estabeleceram uma relação, o envolvimento em conflitos emocionais, a absorção da cólera, mágoa expressas pelo doente e pelos familiares, o manter um papel obscuro na equipa de cuidados, o idealismo pessoal e os desafios ao sistema pessoal de crenças (Twycross, 2003). As situações de contacto com a morte e o sofrimento podem amplificar as repercussões do stress, quer no indivíduo, quer na organização, sob a forma que actualmente se designa por *burnout*³⁹ (e.g. Parreira e Sousa, 2000).

Kubler-Ross (1969) faz referência a algumas questões que a equipa de enfermagem enfrenta, nomeadamente o carácter contagioso que podem ter algumas emoções dos doentes terminais. Em oncologia, são despertados sentimentos do tipo “já não há nada a

³⁹ *Burnout* é o termo que descreve o estado de exaustão prolongada e diminuição de interesse, especialmente em relação ao trabalho (do inglês “combustão completa” in http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%92ndrome_de_Burnout

fazer” que estão na origem de grande stress. Com frequência, a morte não é bem aceite pelos profissionais, por o seu desempenho ser essencialmente voltado para o prolongar/salvar da vida (Kubler-Ross, 1969; Vieitas et al., 1995⁴⁰). A inevitabilidade da morte, leva os enfermeiros a proteger-se, a expressar comportamentos desajustados face à morte e ao processo de morrer. São exemplos as atitudes de distanciamento, de fuga do contacto com o processo de morrer, justificadas com a falta de tempo e de disponibilidade para ouvir ou estar junto dos doentes terminais (Sousa, 1996; Stedeford, 1986).

Morrer com dignidade é um direito que nem sempre é garantido ou usufruído. O momento da morte é cada vez mais solitário e, por vezes, ocorre nas piores condições. Este facto pode dever-se à predominância do modelo biomédico, subjacente mas não assumido, à escassez de recursos humanos e um apoio ao doente terminal “muito parco e destituído, por vezes, de respeito pela pessoa” (Fernandes, 1999, p.39). Porque a morte existe, há que encará-la, há que promover, cada vez mais, a “ressocialização da morte”. O medo consciente ou inconsciente da morte pode, na prática, traduzir-se em atitudes como a marginalização do doente e da família – que se vêem impedidos de comunicar de forma libertadora com a equipa – a obstinação terapêutica e a eutanásia.

Existem várias estratégias, propostas por Twycross (2003), que podem ajudar os profissionais que trabalham em Cuidados Paliativos a preservar a saúde emocional e física e, dessa forma, a evitar o esgotamento, que incluem:

- Trabalhar em equipa, o que implica a partilha de decisões e o apoio e respeito mútuos;
- Boa comunicação dentro da equipa;
- Recursos e serviços de apoio adequados;
- Estabelecer metas realistas;
- Manter-se aberto a aprender com os doentes;
- Folgas/alimentação/ repouso adequado;
- Tempo disponível para a recreação.

Outra estratégia pode ser a realização de reuniões semanais, encontros informais e o apoio e orientação dos novos elementos da equipa (Pereira e Lopes, 2005).

Saber cuidar da pessoa morre implica, da parte dos profissionais de saúde, por um lado, uma mudança de atitude, ampliando os seus horizontes e fazendo do humanismo a sua base de actuação profissional. E, por outro, para que haja uma saudável “gestão da morte”, a relação entre o profissional, o doente e a família, deve alargar os seus

⁴⁰ num estudo realizado na unidade de cuidados paliativos/radioterapia no Instituto Português de Oncológica Francisco Gentil do Porto (Parreira e Sousa, 2000)

horizontes para além da unidade orgânica cessante, do corpo, procurando-se conhecer a pessoa doente, ouvi-la, entendê-la e ajudá-la a dar um sentido à sua vida, mesmo na morte (Blasco s.d cit. por Pereira e Lopes, 2005).

2.5. O contexto habitual na morte por cancro

Os progressos biotecnológicos e terapêuticos permitiram prolongar a esperança de vida. Contudo, constituem, em muitas situações, uma perversão do processo de morte do doente com cancro, em fase terminal. A morte deixou de ser contemplada como um processo natural, do tempo a que chamamos vida, “para se tornar num acidente que de alguma forma pode ser controlado pelo Homem” (Ortiz, 2000, p. 9).

O processo de morrer foi retirado do contexto domiciliário e do calor familiar, para ser entregue aos profissionais de saúde e ao hospital (e.g. Sousa, 1996). Actualmente perto de 90% das mortes, ocorrem nas instituições de saúde. “A morte mudou de cama ... já não se morre no domicílio, rodeado de seres queridos. Escolheu-se o hospital, com a sua massificação e desumanização, para que a morte passe despercebida e se converta em algo estranho, asséptico, silencioso e solitário” (Ortiz, 2000, p. 11). A morte do doente é entendida como um fracasso pelos profissionais de saúde e, muitas vezes, pela própria sociedade. Esta dificuldade perante a morte, reflecte-se no abandono e isolamento do doente em vida ou, nalguns casos, na obstinação terapêutica, na tentativa de “curar” ou “adiar” a todo o custo (e.g. Kubler-Ross, 1969, 1991; Oliveira, 2008). Ao recusar a morte, o profissional de saúde pode abandonar ou negligenciar o doente. Pelo contrário, ao aceitá-la, opta por ajudar a cuidar do doente e da família até ao último momento (e.g. Hennezel, 1997; Sánchez e Barón, 1996).

O hospital constitui, por vezes, a primeira ocasião em que o doente perde a oportunidade de tomar decisões sobre a sua vida e a sua morte, podendo ser outra pessoa a decidir por ele a sua hospitalização (e.g. Oliveira, 1999, 2008). Muitas vezes o doente pede para morrer. Isto acontece porque considera que a condição em que se encontra é pior do que a própria morte. O que tem como pano de fundo, sintomas físicos mal controlados, problemas psicossociais (marginalização por parte dos profissionais de saúde, abandono, morte social), sofrimento psicológico intolerável e falta de sentido para a vida (e.g. Ortiz, 2000).

Neste sentido, voltamos a salientar a necessidade de promover os Cuidados Paliativos, em todas as unidades de saúde (inclusive nos centros de saúde, casas de repouso e/ou lares), para aliviar os sintomas físicos e psicológicos, respeitar a capacidade de decisão do doente em relação ao local onde deseja morrer e não interferir com o processo natural

da morte. Apenas os próprios profissionais de saúde poderão resolver as suas dificuldades em relação à morte, encontrando as capacidades e características necessárias para dignificar o fim da vida (e.g. Henriques et al., 1993; Oliveira, 2008),

A formação desempenha, também, um papel fundamental na mudança de atitude profissional. Na prática, existe uma desproporção entre os conhecimentos técnicos leccionados e os conhecimentos da natureza humana, como por exemplo, aceitar e lidar com a inevitabilidade da morte. E esta não é uma tarefa fácil, nem imediata, mas é um desafio que se nos coloca, a todos, qualquer que seja a área profissional em que actuemos. Ao aceitá-lo e encará-lo, poderemos aprender um pouco mais, acerca de nós mesmos e dos "outros", contribuindo para uma melhor compreensão da morte e da vida.

3. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

“As representações sociais e crenças populares têm tido muita importância no modo como as pessoas percebem a doença e o seu tratamento através dos tempos. Estas influenciam, por sua vez, o modo como é aceite a doença.”

Branco e Pereira (2006, p. 14)

3.1. Introdução ao capítulo

Neste capítulo pretendemos, de uma forma sintética, abordar alguns dos aspectos fundamentais da teoria das representações sociais – tal como foi inicialmente proposta por Moscovici (1961/1976) e posteriormente desenvolvida pelo próprio e por outros autores –, que serve de alicerce para a nossa investigação empírica.

As representações sociais são sempre construções contextualizadas, que resultam das condições em que surgem, onde se partilham e circulam. O sujeito social não é, por isso, apenas o produto de determinações sociais nem um produtor independente. Ou seja, o sujeito é o produto e o produtor da realidade percebida, pela qual é influenciado e a qual tem, também, o poder de influenciar. O enquadramento e o recurso à teoria das representações sociais facilita, entre outros aspectos, apreender a dimensão cognitiva, afectivo-emocional e simbólica que envolvem a construção das representações sociais do doente oncológico.

As representações pouco positivas do cancro entre enfermeiros, por vezes bastante afastadas da essência da doença, podem agravar o processo de comunicação entre os vários actores (doentes, família, técnicos de saúde), interferir negativamente na qualidade de vida dos sujeitos afectados directa ou indirectamente pela doença e ter repercussões no âmbito do desempenho profissional, nomeadamente nas áreas da prevenção, do diagnóstico e do tratamento (Branco e Pereira, 2006). Nesta investigação, estudamos como os conceitos de doente oncológico, de morte e de doente oncológico em fim de vida, são apreendidos entre enfermeiros, em diferentes contextos profissionais/sociais. Os conceitos de doente oncológico e doente oncológico em fim de vida são distintos, no que respeita ao prognóstico e à qualidade de vida. Contudo, são construídos, em muitas situações, como fazendo parte de uma realidade comum.

3.2. Conceitos de representação colectiva e representação social

O conceito de representação colectiva foi introduzido por Durkheim e serviu de base para a construção da noção de representação social, proposta por Moscovici. Porém, são conceitos teoricamente distintos (e.g. Oliveira, 2004, 2008; Sá, 1992). Para Durkheim as representações colectivas são produtos de uma imensa cooperação, que não se estende apenas no espaço, mas também no tempo, e que permite a acumulação de experiência e saber entre as gerações (Netto, 1987). Esta noção de “consciência colectiva” tem subjacente a associação às crenças e aos sentimentos comuns à média dos membros de uma sociedade, formando um sistema com vida própria, independente das condições particulares dos indivíduos que a constituem (Sousa, 1997a).

A noção de “consciência colectiva” considera que os factos sociais representam uma força externa ao indivíduo que o obriga, consciente ou inconscientemente, a pensar e a agir como os outros (e.g. Sousa, 1997a). Assim, Durkheim enfatiza a especificidade do social em relação ao individual. Esta representação do social encerra em si uma certa rigidez e, ao mesmo tempo, objectividade, visto ser partilhada e reproduzida de forma colectiva (Oliveira, 1995, 2008; Moscovici, 1984). Os indivíduos que compõem a sociedade seriam, assim, portadores e utilizadores das representações colectivas, as quais difeririam, na sua essência, das representações individuais (Oliveira, 1995).

O conceito de representação social, desenvolvido por Moscovici (1961), vem contrariar o carácter homogéneo, da representação colectiva, proposta por Durkheim, que considerava que a mesma representação seria partilhada por toda a sociedade (Oliveira, 1995, 2008). A representação social é entendida como a relação de um sujeito com um objecto e envolve, ao contrário da representação colectiva, uma actividade de construção, de modelação e de sensibilização. Na construção da representação social, é considerado o conteúdo (informação, imagem opinião, atitude), o objecto (trabalho, acontecimento, pessoa) o sujeito (indivíduo, família, grupo social) e as relações entre os mesmos. (Jodelet 1984). As representações sociais estabelecem uma ligação entre o mundo individual e o mundo social, numa sociedade em constante mudança.

As representações do cancro são, em grande medida, numa população alargada, próximas das representações colectivas de Durkheim. A história da doença oncológica, a forma como ao longos dos séculos tem construído a nossa linguagem e as imagens do medo que ainda invoca, demonstram como as mensagens do colectivo social podem conduzir uma sociedade a agir como um sistema. Moscovici (1988) designou como hegemónicas estas representações partilhadas por uma maioria numa dada população.

Nesta perspectiva, as representações da doença oncológica são partilhadas por uma maioria de sujeitos de uma sociedade e parecem ter um carácter uniforme e coercivo, prevalecendo implicitamente em todas as práticas simbólicas ou afectivas, e considerando as relações mantidas entre os membros do grupo. Para complementar estas representações hegemónicas, Moscovici (1988) desenvolveu igualmente os conceitos de representações emancipadas (características de um determinado grupo social, por exemplo o dos enfermeiros) e representações polémicas (é o caso de representações partilhadas por determinados grupos, em redor das quais se levantam muitas questões, discussões ou dúvidas nos mais diversos sentidos).

3.3. Teoria e conceito de representação social

O conceito de representação social e os primeiros contornos da teoria das representações sociais surgem, pela primeira vez, no início da década de 60 (Moscovici, 1961). As representações sociais são sistemas de valores, ideias e práticas, com uma dupla função, em primeiro lugar, estabelecer a ordem que permita a orientação e domínio das vivências materiais e, depois, facilitar a comunicação entre os membros de uma comunidade, na procura de um código que designe e classifique os diferentes aspectos do seu mundo e da sua história individual e grupal (e.g. Moscovici, 1984).

Este termo, que “pode designar tanto o conjunto de fenómenos como o conceito que os engloba, ou a teoria que é constituída para os relacionar e explicar” (Oliveira, 1995, p. 101), partiu da noção de representação colectiva. Mas é mais abrangente e liga o social e o psicológico. Permite um melhor entendimento sobre as actividades cognitivas, simbólicas e afectivas dos indivíduos nas suas interacções quotidianas. Liga o mundo individual ao mundo social, numa sociedade de impermanência. A noção de representação social comporta uma estrutura cognitiva específica, em interacção com o social e não uma classe de ideias e de conhecimentos colectivos (Moscovici, 1989). Trata-se de um conhecimento do senso comum, que não se opõe ao conhecimento científico e que se elabora, não apenas a partir da experiência, mas também do conhecimento individual e dos modelos de pensamento (e.g. Jodelet, 1984). O indivíduo passa a ser considerado um “*cientista amador*” (Moscovici, 1976) construtor da realidade e modulado pela informação que recebe e transmite da mesma.

O conceito, inicialmente proposto por Moscovici, foi posteriormente desenvolvido pelo próprio (e.g. Moscovici, 1976, 1978, 1981, 1984, 1988, 1989, 1994) e por vários outros autores (e.g. Doise, 1982, 1984, 1989; Farr, 1992; Jodelet, 1989). Segundo a definição clássica de Jodelet (1985), as representações sociais são modalidades de conhecimento

prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social em que vivemos. São formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos – imagens, conceitos, categorias, teorias - mas, que não se reduzem aos componentes cognitivos. Favorecem a construção de uma realidade comum que possibilita a comunicação, já que são socialmente elaboradas e compartilhadas.

Moscovici (1961), ao abrir o caminho do estudo das representações sociais como forma de conhecimento, propôs-se analisar os processos que permitem aos indivíduos, em interacção social, construir teorias sobre objectos sociais, tornando visível a comunicação e a organização de comportamentos (Oliveira, 1999, 2004, 2008). Neste sentido, não se pode considerar que os processos e os conteúdos cognitivos sejam simples produtos de natureza intra-individual mas, antes, o resultado da actividade dos grupos sociais, da sua interacção e da comunicação social. Isto significa que não se podem descontextualizar as culturas, as linguagens, as instituições, as dinâmicas dos grupos que cada sujeito integra, como agente e efeito, quando se pretende empreender uma análise das representações sociais (e.g. Oliveira, 2004, 2008; Vala, 1986). Estas são também sensíveis ao período histórico em que se inserem.

O conceito de representação social enfatiza a correlação da acção face à actividade cognitiva, ao mesmo tempo que associa a cognição à produção de sentido e à construção da realidade social (Vala, 1993). Não existe sem o sujeito que as constrói e o objecto – o que é aprendido e representado. Trata-se de uma noção em constante transformação, que integra novos elementos que a estruturam. As modificações nas representações reflectem, por um lado, o funcionamento dos indivíduos e, por outro, a forma como estes interagem e a posição que ocupam na sociedade (Doise, 1984).

Enquanto formas de conhecimento, as representações sociais, constituem uma vertente teórica da Psicologia Social, que faz contraponto com outras correntes da Filosofia, da História, da Sociologia e da Psicologia Cognitiva, o que as torna num campo transdisciplinar (e.g. Spink, 1993). Estando situada na interface dos fenómenos colectivo e individual, esta noção interessa a todas as ciências humanas (Jodelet, 1989).

3.4. Processos organizadores das representações sociais

As representações sociais são modalidades do conhecimento particular que circulam no dia-a-dia, tendo como função a comunicação entre indivíduos, criando informação e tornando familiar o desconhecido, de acordo com as categorias culturais, por meio de dois processos básicos e interligados, a objectivação e a ancoragem (Moscovici, 1981).

A objectivação (o social na representação) consiste em transformar o abstracto que existe no pensamento em algo físico, dando-lhe uma forma específica e concreta, é a materialização da palavra, a construção do nosso quadro de referência. Este processo ocorre por três etapas:

- Descontextualização da informação ou a construção selectiva: implica a selecção de determinados conteúdos, através de critérios normativos e culturais, transformando os elementos reduzidos num todo.
- Formação de um núcleo figurativo ou Esquematização: tem como objectivo a constituição de uma estrutura que reproduz de maneira figurativa uma estrutura conceptual, organizando os novos elementos.
- Naturalização: A transformação das imagens em elementos da realidade.

Objectivar significa transformar (ou materializar) elementos do pensamento em elementos reais, que fazem parte da língua ou do vocabulário e são controlados pela memória. Corresponde, também, a um processo de associação de uma imagem a um conceito, que fica concluído quando as diferenças entre a imagem e a realidade deixem de existir e o conceito se transforma numa “cópia da realidade” (e.g. Oliveira, 1999, 2008).

A ancoragem (a representação no social) consiste na inserção orgânica, do que é estranho no pensamento constituído (e.g. Spink, 1993). Este processo articula uma função de orientação de condutas e relações sociais, de interpretação da realidade e uma função cognitiva de integração da novidade. Moscovici (1978), concebe a ancoragem como a domesticação da novidade sob pressão dos valores de grupo, transformando-a em saber capaz de influenciar. Este processo é constituído por duas operações (Moscovici, 1984):

- Classificação: Implica a disposição da informação numa rede de palavras ou numa “matriz de identidade”, tendo por base a cultura em que o sujeito está inserido, atribuindo uma identidade social ao desconhecido.
- Designação: É uma operação que tem subjacente um objectivo social.

A ancoragem ocorre na realidade social “vívda”, não sendo concebida como um processo intra-individual (e.g. Spink, 1993). Estes dois processos são concomitantes e interrelacionados (e.g. Oliveira, 1999, 2004, 2008).

3.5. Funções das representações sociais

As representações sociais têm uma dupla função. Por um lado, estabelecer uma ordem, que permita a orientação das vivências e dos comportamentos dos indivíduos, por outro, permitir a comunicação entre estes, através dum “código” que designe e classifique as diferentes situações sociais (e.g. Moscovici, 1984). Para Jodelet (1989), a construção das representações sociais tem subjacente a necessidade de descobrirmos o que nos liga ao mundo que nos rodeia. É através das representações sociais que os sujeitos expressam conceitos, tornando algo não familiar em familiar, e tornando tangível o desconhecido (Moscovici, 1984).

O diagnóstico de cancro representa o não familiar na vida do doente, e até do profissional de saúde. As representações sociais da doença permitem, numa primeira fase, transformar o conceito abstracto em algo físico, real. Numa segunda fase, possibilitam a domesticação da novidade e a sua integração num quadro de condutas e de relações sociais (família, sociedade, profissionais de saúde). No que concerne aos profissionais de saúde, as representações sociais que os mesmos constroem da doença oncológica, condiciona o seu comportamento/atitude perante o doente oncológico e a sua família e tem a capacidade de influenciar, através da comunicação, a opinião pública, as atitudes de outros profissionais e a percepção do doente e família sobre a doença.

3.6. Pesquisas no domínio das representações sociais em Enfermagem

No campo da enfermagem, um grande número de investigadores tem-se interessado pela aplicação desta teoria, nos últimos anos. Como exemplos, podemos referir os trabalhos, a Representação do Cancro: Testemunhos de alunos de um curso de licenciatura em enfermagem (Branco e Pereira, 2006), Representação do Cancro nos Enfermeiros (Duarte, 2000), Corpo, Saúde e Doença: que representações dos enfermeiros? (Fernandes e Lopes, 2002), Trying to Understand the Cancer Patient Experience (Ferreira, et al., 2005), Trabalhando com as Representações Sociais na Enfermagem (Tavares e Teixeira, 1998), A Representação do Cuidar na Imagem Cultural de Enfermagem (Vieira, 1999), As Representações Sociais no Campo Educativo (Sousa, 1997c) e As Representações Sociais da Morte e no Ensino de Enfermagem (Sousa, 1996).

Concordamos com Tavares e Teixeira (1998) que apontam alguns aspectos que favorecem esta adesão:

- A participação do sujeito, de forma mais activa, na pesquisa;

- A possibilidade de estudar a produção simbólica;
- A valorização do saber do sujeito de pesquisa;
- A capacidade de revelar situações do quotidiano da prática, não visíveis objectivamente;
- O estudo dos sentimentos e das emoções de forma científica.

3.7. As representações da doença oncológica e da morte

As representações sociais permitem-nos analisar o posicionamento construído, adaptado ou modificado por um dado grupo social, num determinado contexto social, que expressa uma forma própria de pensar, sentir, estar e reagir (e.g. Oliveira, 2004, 2008). Emergem num dado contexto social e constroem-se a partir de quadros de apreensão, que englobam os valores, as ideologias e os sistemas de categorização social, partilhados pelos diferentes grupos sociais (e.g. Vala, 1986). É também neste sentido que adoptamos o conceito de representação social.

A percepção que os enfermeiros e os estudantes de enfermagem constroem da doença oncológica e da morte, orienta o seu comportamento/atitude perante o doente oncológico e a sua família e é construída, num contexto social próprio, tendo subjacente um quadro de referência característico da profissão de enfermagem e a experiência profissional adquirida. A doença oncológica é representada como uma doença sem cura, que atenta contra a integridade física e psicológica do ser humano. Socialmente, representa a morte, a dor, o sofrimento, o medo, o desespero e a incapacidade. É o símbolo da deterioração da qualidade de vida. Esta representação negativa, do público em geral, é influenciada pela representação negativa dos profissionais de saúde e tem repercussões nas medidas de promoção para a saúde, na prevenção e no diagnóstico precoce, assim como na implementação de rastreios oncológicos (Branco e Pereira, 2006). A análise de como os enfermeiros e os alunos de enfermagem pensam e sentem o doente oncológico reveste-se, assim, de capital importância. Estando este conceito, como já foi referido, tão ligado à morte e ao doente em fim de vida é, igualmente, imperativo explorar as dimensões representacionais associadas a estes conceitos.

A forma como a doença oncológica é percepcionada é determinada por diversas variáveis psicossociais e por processos cognitivos que podem influenciar as atitudes. Estas variáveis podem ser divididas em dois grandes grupos (Blanco et al., 2002): as relacionadas com as atitudes sociais (em relação ao cancro e ao doente oncológico); as que se referem a processos cognitivos (pensamentos, crenças, etc.).

Desde os tempos antigos que as respostas sociais mais frequentes à doença com causa desconhecida têm sido o medo, a ansiedade, a rejeição e a marginalização do doente. Esta situação, embora de uma forma menos acentuada e frequente, também acontece com o doente oncológico. O termo cancerofobia tem sido associado a situações mais exageradas, em que o medo chega a adquirir características e sintomas próprios de uma fobia, como a respiração agitada, a sensação de asfixia, debilidade, palpitações, entre outros (Brown e Lees-Haley, 1992 cit. Blanco et al., 2002). O medo do cancro liga-se com as associações que se estabelecem entre a palavra cancro e as vivências da dor, do sofrimento, da desfiguração, do morrer e da morte, este último considerado o medo universal (Brooks, 1979; Die Trill, 2002; Murray e McMillan, 1993 cit. Blanco et al., 2002). As atitudes e crenças erróneas que envolvem a doença oncológica são, em parte, motivadas pela falta de conhecimentos em relação à natureza da doença, aos factores de risco e à elevada expectativa de sobrevivência que apresentam, actualmente, os doentes, quando o diagnóstico é realizado precocemente⁴¹. Contribuem igualmente para a mesma as medidas preventivas adoptadas e o progresso das modalidades terapêuticas, que para além da eficácia, consideram a qualidade de vida do doente (Blanco et al., 2002). As semelhanças entre o doente oncológico e o doente crónico são cada vez maiores (Blanco et al., 2002). Os meios de comunicação social, pelas representações sociais que veiculam (e.g. Moscovici e Hewstone, 1984) contribuem também para a construção de crenças erróneas acerca da doença, na opinião pública. São mais salientadas as mortes devido a doença prolongada ou doença que mina a integridade física do indivíduo (o nome da qual nem é pronunciado - cancro), do que os avanços terapêuticos e as medidas preventivas adequadas. Outra fonte importante para a construção da percepção da doença é a troca de mensagens sociais e experiências relacionadas com a mesma.

As atitudes, opiniões e crenças erróneas têm impacto, sob muitos aspectos, por exemplo, na adesão a medidas preventivas, sobretudo nos cancros da mama, testículo e pele (Eiser et. al, 1995; Turrisi et al., 1999; Tang et al., 1999), na estigmatização (consciente ou não) e isolamento do doente (Feldman, 1982; Schmale et al., 1983) e nos níveis de stress perante o diagnóstico de doença oncológica, tendo impacto na motivação, como factor de prognóstico (Nelson et al., 1989). Podem também dificultar o processo de ajustamento à doença, do doente e da sua família. Blanco et al. (2002) comprovaram que as preocupações da população, em relação ao cancro, não se referem apenas à doença, mas também à forma como é esperado que o doente reaja e se adapte à mesma. Nas

⁴¹ Vários estudos (e.g. Shapiro, 1971; Sutherland, 1960 autores cit. Brooks, 1976) demonstraram que o diagnóstico precoce do cancro, tem como reflexo o aumento da sobrevivência (5 anos sem doença) na maioria das localizações.

crenças em relação ao doente predominam a sua incapacidade para se adaptar à doença, em todas as suas esferas vitais. O público em geral não reconhece capacidades ao doente para lidar com uma doença cujo destino é considerado ser a morte.

A doença oncológica pode, de igual modo, ser interpretada como uma punição por comportamentos não aceites socialmente, ou pela adopção de estilos de vida pouco saudáveis (Bishop, 1994). Pelo que as representações da doença implicam, não só a informação sobre a mesma, como também os estereótipos que os indivíduos apresentam ou apresentaram da mesma (Figueiras, 1999 cit. Santos, 2006). As percepções negativas podem também ser encontradas entre os profissionais de saúde e estão relacionadas com uma forte representação do doente oncológico ao doente em fim de vida (e.g., Cohen et al. 1982; Blanco et al., 2002; Die Trill, 2002; Duarte, 2000; Ferreira, 1996; Peteet et al., 1992; Sontag, 1998). A forma como a doença é percepcionada pelos profissionais tem repercussões na qualidade do desempenho profissional (Branco e Pereira, 2006; Haley et al., cit. Allen et al., 1984) e influencia a opinião dos utilizadores dos serviços de saúde (Branco e Pereira, 2006; Brooks, 1979). Pode mesmo interferir na esperança e na vontade de viver do doente oncológico (Beuhler, 1975; Klagsbrun, 1970 autores cit. Allen et al., 1984).

Os enfermeiros evitam os doentes que os fazem sentir-se desconfortáveis (e.g. Stockwell, 1972 cit. Allen et al., 1984). Wegmann (1979) constatou que, apesar dos doentes oncológicos e dos doente em fim de vida receberem mais visitas dos enfermeiros, estas destinavam-se à execução de tarefas e a comunicação durante as mesmas era evitada, quando comparadas com as visitas a outros doentes não oncológicos e não terminais.

Uma das razões atribuídas para estas representações do cancro e do doente oncológico pelos profissionais de saúde, está relacionada com o facto de os mesmos contactarem com maior frequência com doentes oncológicos em fim de vida do que com doente curados (Whelan, 1984). Newlin e Wellisch (1978) comprovaram que um grande número de profissionais apresentava reacções comuns perante o doente oncológico, que conduziam a uma percepção negativa do mesmo e que incluíam: o sentimento de que toda a gente tem cancro; cancerofobia; sofrimento perante o diagnóstico do doente; identificação com o doente e família; frustração perante a incapacidade de aliviar a dor física do doente; frustração por se sentirem incapazes de aliviar a dor emocional do doente e da família; conflitos causados pela aplicação de terapêuticas experimentais ou outras com efeitos secundários desagradáveis; conflitos causados pelo tempo que é

necessário para a prestação de cuidados físicos e emocionais; e depressão e sofrimento relacionado com a progressão da doença ou morte.

A repulsa da doença e a fuga do contacto com o doente e família, estão relacionados com as características atribuídas a estas realidades, que se traduzem em morte, dor, sofrimento, angústia, mutilações corporais, efeitos colaterais, alterações psicossociais e perda de qualidade e tempo de vida. A percepção do cancro e do doente oncológico é um processo dinâmico, quer para a população em geral, quer para os profissionais de saúde (Brooks, 1979). A pronúncia da palavra “cancro” é sinónima, para alguns profissionais, de uma morte antecipada pelo sofrimento que a informação verte na pessoa que padece da doença. Menninger (s/d) observou, em *O Equilíbrio Vital*, que esta mera palavra terá matado alguns pacientes que, ignorando-a, não teriam sucumbido (tão depressa) ao mal que padeciam. O mesmo autor recomenda aos médicos que, como regra, renunciem ao uso de nome ou rótulos que provocam sofrimento, angústia e fragilidade, já que a “nossa missão é ajudar essas pessoas, não a agravar o sofrimento delas” (Sontag, 1998 p. 14).

Os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros (Brooks, 1979), pelo privilégio da proximidade com o público, têm um papel fundamental na mudança da percepção do doente oncológico e da doença oncológica, neste grupo. Não podemos esquecer também o papel da comunicação social nesta área, e na divulgação de representações sociais em geral (e.g. Oliveira, 2008). Alguns autores demonstraram que a representação do cancro, entre profissionais de saúde e futuros profissionais, pode ser alterada, através da implementação de programas de formação (e.g. Branco e Pereira, 2006; Khol e Brass, 1959; Neilson et al. 1979, Yeaworth, 1974, autores cit. Whelan, 1984) e do apoio psicológico, em unidades oncológicas, por forma a capacitar o profissional para lidar com os sentimentos que o fim de vida pode invocar. Craytor et al. (1978, 1979 cit. Whelan, 1984) concluíram que os enfermeiros necessitam de mais informação sobre o cancro, de modo particular no aspecto psicossocial do cuidar, e que a aquisição de conhecimentos e competências diminui os sentimentos de impotência. O facto da mudança da atitude (e de alguma forma a percepção), perante o cancro e o doente oncológico, poder resultar do aumento do conhecimento também é corroborado pelos estudos de Yeaworth et al., 1974, Neilson et al. 1979. (cit. Whelan, 1984) e Branco e Pereira (2006).

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4. INVESTIGAÇÃO

4.1. Propósito da investigação

As investigações realizadas no âmbito das representações sociais, na área de oncologia, têm considerado como objecto de estudo sobretudo o doente e a sua família (e.g. Ferreira et al., 2005; Martins e Silva, 2002; Mercês e Marcelino, 2004; Nascimento-Scuhle, 1995; Santos, 2006; Spink e Gimenez, 1997). E os estudos acerca das representações sociais que os profissionais de saúde têm face ao doente oncológico, considerando em particular os enfermeiros, são ainda escassos em Portugal. Existe “necessidade de um grande investimento nesta área” (Branco e Pereira, 2006, p.14). Estes são aspectos que justificam a pertinência da nossa investigação. Os resultados do nosso trabalho poderão ter, de uma forma indirecta, impacto nas atitudes dos profissionais, na qualidade dos cuidados e na adopção de estratégias profissionais que contribuam para a diminuição da mortalidade e morbilidade relacionada com o cancro. A evidência prática revela que existe um conjunto de atitudes e comportamento dos enfermeiros e de outros profissionais, que cuidam de doentes oncológicos, relacionadas com uma representação social negativa da doença que e apenas nesse contexto, podem ser interpretadas (Duarte, 2000).

A teoria das representações sociais, na qual nos fundamentamos, permite, entre outros aspectos, levantar o véu dos medos e das metáforas que envolvem as representações face ao doente oncológico, possibilitando-nos compreender a forma como os enfermeiros (em diferentes contextos) e os alunos de enfermagem, pensam e se sentem perante o doente oncológico. As metáforas da doença oncológica, que circulam nos diálogos entre enfermeiros, influenciam os utilizadores dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, interferem na qualidade dos cuidados prestados (Branco e Pereira, 2006; Brooks, 1979). No âmbito do desempenho profissional, têm impacto negativo na aplicação de acções de promoção da saúde e diagnóstico precoce, bem como na implementação de rastreios oncológicos (Branco e Pereira, 2006). Num sentido mais profundo, influenciam a adesão a medidas preventivas (Eiser et. al., 1995; Turrise et al., 1999; Tang et al., 1999), promovem a estigmatização e o isolamento do doente (Feldman, 1982; Schmale et al., 1983) e interferem no sentimento de esperança e na vontade de viver do doente (Beuhler, 1975; Klagsbrun, 1970 autores cit. Allen et al., 1984). Influem ainda, directa ou indirectamente, na qualidade de vida dos sujeitos afectados pela doença, ao agravar o processo de evolução, o prognóstico e as relações interpessoais entre doentes e os técnicos de saúde (Martins e Silva, 2002).

O nosso interesse pelo tema, e a sua pertinência social, leva-nos a questionar: poderão as representações do doente oncológico, do doente oncológico em fim de vida e da morte diferir em função do sexo, da idade e da experiência profissional entre enfermeiros e estudantes de enfermagem, como futuros profissionais? A doença oncológica é uma realidade complexa e transversal, que nos afecta, não apenas como pessoas, mas também como técnicos de saúde, responsáveis pela mudança de atitude, quer perante a prevenção da doença, quer perante a morte e o sofrimento. É por isso fundamental compreender, entre outros aspectos, como o doente oncológico é, antes de mais, representado pelos enfermeiros e pelos estudantes de enfermagem, como futuros profissionais, com a finalidade de contribuir para a diminuição da mortalidade e morbilidade, bem como para a promoção a qualidade de vida de todos os actores sociais envolvidos.

4.2. Planeamento da investigação empírica

A investigação empírica que apresentamos, na qual se procurou compreender a forma como diferentes grupos sociais representam os conceitos de doente oncológico, doente oncológico em fim de vida e morte, é suportada por um vasto estudo exploratório. Considerámos três formas de categorização social: o sexo (masculino ou feminino); a idade (grupo 1 - 18 - 30 anos; grupo 2 - 31 - 44 anos; grupo 3 - mais de 45 anos) e a experiência profissional (estudantes de enfermagem do primeiro ano; enfermeiros que prestam cuidados a doentes oncológicos (designados de enfermeiros oncológicos) e enfermeiros que não prestam cuidados a doentes oncológicos (designados de enfermeiros não oncológicos).

4.3. Objectivos Gerais

Neste trabalho visamos compreender como os enfermeiros e os alunos de enfermagem representam o doente oncológico. Estando este conceito tão ligado à morte e ao doente em fim de vida (e.g. Cohen et al.1982; Die Trill, 2002; Duarte, 2000; Ferreira, 1996; Peteet et al.; 1992 Sontag, 1998) é igualmente importante explorar as dimensões representacionais associadas a estes conceitos, uma vez que as mesmas também se associam às atitudes perante o doente oncológico. Um melhor conhecimento da percepção dos enfermeiros face ao doente oncológico pode influenciar o comportamento profissional em direcção à redução da mortalidade e da morbilidade (Brooks, 1979; Whelan, 1984) e ter impacto nas atitudes dos profissionais perante o doente e a sua família. Estabelecemos assim os seguintes objectivos:

- 1 – Identificar as representações (ou dimensões de significação) que estruturam os pensamentos, emoções e sentimentos, em relação à morte, ao doente oncológico e ao doente oncológico em fim de vida, numa população constituída por estudantes do 1º ano de enfermagem, enfermeiros que trabalham num serviço de oncologia e enfermeiros que não trabalham na área de oncologia.
- 2 – Verificar de que modo as representações encontradas para cada um dos conceitos se aproximam ou diferenciam.
- 3 – Verificar as diferenças e semelhanças das representações da morte, do doente oncológico e do doente oncológico em fim de vida, em função do sexo, da idade e da experiência profissional.

4.4. Questões de investigação

Como são representados o doente oncológico e o doente oncológico em fim de vida pelos enfermeiros e pelos estudantes de enfermagem? Que representação têm os mesmos da morte? Poderão o sexo, a idade ou a experiência profissional influir na forma como estes conceitos são representados pelos enfermeiros e pelos estudantes de enfermagem do primeiro ano? Estas são algumas das questões mais pertinentes que nos ocorrem e que nos levam a tecer determinadas considerações.

Alguns autores (e.g. Cohen et al.1982; Ferreira, 1996; Peteet et al.1992) evidenciam que a prática e a experiência profissional, na área de oncologia, motivada pela proximidade, envolvimento e intimidade das relações com os doentes, conduzem a uma mudança de atitude perante o mesmo e promovem a satisfação profissional. Os cuidados prestados a doentes oncológicos, pela forma como são percebidos pelo doente, contribuem também para a satisfação profissional. Num estudo sobre a satisfação dos enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra (CROC), Ferreira (2001) verificou existir uma relação positiva entre o tempo de exercício e o grau de satisfação profissional. Tal constatação levou-nos a questionar se o contexto social em que o enfermeiro desenvolve a sua actividade e a experiência profissional poderão modelar a sua representação dos conceitos. No mesmo estudo, Ferreira (2001) comprovou, ainda, ao comparar a satisfação profissional e a ansiedade perante a morte em 107 enfermeiros do CROC, que os mesmos apresentavam ansiedade baixa ou moderada, aspecto que segundo o autor poderá relacionar-se com uma “habituação” ao fenómeno, por trabalharem apenas com doentes com patologia oncológica e com a aquisição de mecanismos de defesa para lidarem com a morte. Este dado despertou-nos para a hipótese de os enfermeiros, de uma forma geral, e os que trabalham em oncologia, de uma forma particular, poderem

representar a morte de um modo mais objectivo do que os estudantes, por estes terem pouco contacto com esta realidade. De igual modo, os sujeitos mais jovens da amostra e, consequentemente, na sua maioria com menos experiência profissional, tenderão a salientar a dimensão afectivo-emocional.

Oliveira (1995, 1999, 2004, 2008), na sua investigação sobre as representações da morte, tornou clara a existência de grandes diferenças no modo como as mulheres e os homens percebem a morte. Revelou também existir uma forte semelhança entre as representações das mulheres e as dos sujeitos de enfermagem (Oliveira, 1999, 2008).

Num estudo realizado com profissionais de saúde da área médica e doentes com cancro, onde abordaram as atitudes perante a doença oncológica, Cohen et al. (1982) verificaram, igualmente, que as mesmas eram distintas entre homens e mulheres. Enquanto os primeiros demonstraram não ter confiança nas capacidades de “*coping*” do doente e as suas respostas eram mais neutras; as mulheres revelaram uma atitude mais activa, acreditando no diagnóstico precoce, no tratamento, na capacidade de “*coping*” do doente para lidar com a doença e na sua aptidão para aceitar/enfrentar a morte. O mesmo estudo demonstrou que a experiência profissional na área de oncologia aumenta a confiança na capacidade de “*coping*” do doente perante o diagnóstico e o prognóstico. O que nos leva a colocar a possibilidade de as representações do doente oncológico, do doente oncológico em fim de vida e da morte, serem distintas entre mulheres e homens.

Por conseguinte, e apesar do carácter exploratório da nossa investigação, tendo por base a revisão de literatura efectuada e as pesquisas referenciadas, esboçamos algumas hipóteses gerais:

No que se refere às representações da morte esperamos que:

H1 – As mulheres revelem maior envolvimento afectivo-emocional do que os homens.

H2 – Os sujeitos mais jovens salientem a dimensão afectivo-emocional relativamente aos restantes.

H3 – Os estudantes revelem mais receio da morte e os enfermeiros salientem mais a dimensão ritualista

Em relação às representações do doente oncológico esperamos que:

H4 – As mulheres revelem maior envolvimento afectivo-emocional e salientem mais uma dimensão associada aos cuidados e à prática, do que os homens.

H5 – Os sujeitos mais jovens evidenciem a dimensão afectivo-emocional e os mais velhos, relevem representações associadas às alterações que a doença provoca na pessoa e na família.

H6 – Os estudantes evidenciem a dimensão afectivo-emocional e os enfermeiros revelem representações centradas nos efeitos da doença.

No que diz respeito às representações face ao doente oncológico em fim de vida, esperamos que:

H7 – As mulheres revelem maior envolvimento afectivo-emocional e salientem mais uma dimensão associada aos cuidados e à prática, do que os homens.

H8 – Os sujeitos mais velhos, mais do que os restantes, salientem a dimensão afectivo-emocional.

H9 – Os estudantes evidenciem mais a dimensão afectivo-emocional que os enfermeiros. Entre enfermeiros, esperamos que sejam os oncológicos que salientem a dimensão afectivo-emocional.

5. DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

5.1. Método

5.1.1. Participantes

Participaram neste estudo 182 sujeitos de ambos os sexos (123 mulheres e 59 homens), com idades compreendidas entre os 18 e os 57 anos, de três grupos profissionais: estudantes do 1º ano de enfermagem; enfermeiros que trabalham num serviço de oncologia, que designamos como enfermeiros oncológicos e enfermeiros que não trabalham num serviço de oncologia, designados como enfermeiros não oncológicos. Os dados foram recolhidos na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no Instituto Português de Oncologia de Coimbra e no Hospital dos Covões / Centro Hospitalar de Coimbra, durante o mês de Julho de 2006. Na Tabela 1 apresentamos a distribuição dos efectivos por critério de categorização social: **sexo** (homens e mulheres), **idade** (grupo 1- 18-30 anos; grupo 2- 31-44; grupo 3- superior a 45) e **experiência profissional** (estudantes do 1º ano de enfermagem; enfermeiros oncológicos; e enfermeiros não oncológicos).

Tabela1 – Distribuição dos efectivos por sexo, idade e experiência profissional

	Até 30		31 a 44		45 e mais	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Estudantes	45	25				
Não oncológicos	10	7	19	12	6	1
Oncológicos	15	4	22	8	6	2
Total	70	36	41	20	12	3

5.1.2. Variáveis

As variáveis independentes consideradas foram o sexo, a idade e a experiência profissional. As variáveis dependentes corresponderam às dimensões centrais encontradas e consideradas para os conceitos morte, doente oncológico e doente oncológico em fim de vida.

5.1.3. Instrumento de medida

Para a recolha de dados, foi elaborado um questionário, anónimo e confidencial, com questões abertas, no intuito de identificar os universos semânticos (ou dimensões de significação) que estruturam os pensamentos, as emoções e as imagens, através da associação livre de palavras aos estímulos: “morte faz-me pensar em...”, “morte faz-me sentir...”, “doente oncológico faz-me pensar em...”, “doente oncológico faz-me sentir...”, “doente oncológico em fim de vida faz-me pensar em...”, “doente oncológico em fim de vida faz-me sentir...”.

A associação livre de palavras é bastante utilizada em psicologia, principalmente quando se trabalha com o suporte teórico/metodológico das representações sociais, uma vez que facilita o acesso aos conteúdos periféricos e latentes (e.g. Di Giacomo, 1981; Le Boudec, 1984; Nóbrega, 2001; Oliveira, 2004, 2008; Oliveira e Amaral, 2007). Esta técnica permite o acesso aos conteúdos que formam as representações sociais. Podem, assim, ultrapassar-se algumas dificuldades de índole metodológica e teórica, facilitando a apreensão dos campos semânticos e das propriedades estruturais e significantes que se lhe associam (Oliveira, 2004, 2008). A aplicação do questionário foi precedida de um pré-teste numa população semelhante com o instrumento inicial. Verificámos que os sujeitos não apresentaram dificuldade nas respostas aos estímulos colocados, pelo que o questionário foi validado.

5.1.4. Procedimento

A recolha de dados foi antecedida de um contacto pessoal com as chefias de cada serviço (ou com o elemento em substituição da mesma), com a finalidade de nos ajudarem na categorização do serviço, em oncológico ou não oncológico, tendo em consideração as patologias mais frequentes e os objectivos dos cuidados prestados em cada unidade de saúde. Não foram explicitados, neste contacto, os objectivos da investigação. Tal aconteceu somente após a recolha dos dados. Apresentamos, na Tabela 2, a distribuição dos efectivos por categorização de serviço: Oncológico/ Não oncológico. Sendo a doença oncológica uma patologia tão presente em todos os serviços de saúde, independentemente da especificidade da unidade de saúde, estabelecemos como critérios para a selecção dos serviços não oncológicos:

- O motivo de internamento não ser o diagnóstico de doença oncológica.
- A não realização, no serviço, de procedimentos destinados ao tratamento da doença oncológica.
- Ser norma do serviço a não admissão de doentes oncológicos (facultativo).

Os dados atinentes ao grupo de estudantes do 1º ano do curso de enfermagem foram recolhidos numa aula colectiva, tendo cada sujeito respondido, por escrito, num protocolo individual. Os dados recolhidos em contexto hospitalar foram programados com as chefias, de acordo com a disponibilidade do serviço. Cada sujeito respondeu, de forma individual e anónima, ao protocolo escrito.

Tabela 2 – Distribuição dos efectivos por categorização de serviço:
Oncológico/ Não oncológico

CATEGORIZAÇÃO	SERVIÇO	EFFECTIVOS
Não oncológicos	Cardiologia - CHC ⁴²	3
	Nefrologia - CHC	5
	Neurologia - CHC	20
	Ortotraumatologia - CHC	10
	Cuidados Intensivos - CHC	17
Total		55
Oncológicos	Pneumologia - CHC	8
	Cuidados Paliativos - CROC ⁴³	8
	Hospital de Dia - CROC	4
	Cirurgia Cabeça Pescoço - CROC	1
	Consulta Externa - CROC	3
	Hospital de Dia - CHC	2
	Oncologia Medica - CROC	14
	Unidade de Cuidados Intermédios CROC	10
	Medicina Nuclear - CROC	1
	Radioterapia - CROC	6
	Total	57

A cada sujeito foi proporcionado o tempo suficiente para pensar nas questões colocadas, de forma a responder o que considerou mais adequado e a expressar, livre e abertamente, o que pensou ou sentiu, num clima de anonimato e privacidade. Adoptámos, como estratégia comum, a aplicação de um protocolo escrito, em que a

⁴² Centro Hospitalar de Coimbra

⁴³ Centro Regional de Oncologia de Coimbra

primeira folha (Anexo 1) apresentava a pesquisa como sendo um estudo com interesse para a saúde pública, aplicado em diferentes unidades de saúde e escolas superiores de enfermagem de Portugal. Não foram mencionados os verdadeiros objectivos do estudo de modo a não afectar a espontaneidade das respostas. Cada sujeito expressou as ideias, pensamentos, imagens, emoções ou sentimentos que a morte, o doente oncológico e o doente oncológico em fim de vida lhe suscitou, através de palavras ou pequenas frases, num máximo de dez para cada um dos seis estímulos apresentados. Foram ainda incluídas, no questionário, perguntas referentes à caracterização sócio-demográfica (sexo, idade e local de trabalho).

Com o objectivo de evitar o efeito de ordem dos estímulos, cerca de um terço dos protocolos começaram em cada um dos seis estímulos, variando a ordem de apresentação dos mesmos. Após o *terminus* do preenchimento do questionário pelos sujeitos, foram esclarecidos os verdadeiros objectivos do estudo. A recolha de dados foi realizada por nós, com a colaboração das chefias das unidades hospitalares e do coordenador do 1º ano do curso superior de enfermagem (2006) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, depois da aprovação dos pedidos de autorização, dirigidos aos Conselhos de Administração e Directivo das respectivas instituições (Anexo 2).

5.1.5. Tratamento dos dados

Numa primeira abordagem, após a recolha e numeração dos questionários, procedeu-se à redução de todas as palavras, pequenas frases ou criações em texto livre, associadas a cada um dos estímulos apresentados. Colocámos a maioria dos adjectivos e dos nomes no masculino e no singular, e os verbos no infinitivo; como tal, mantivemos algumas palavras no plural, por ser essa a forma mais repetida ou por descreverem uma imagem; não efectuámos nenhuma redução em termos de significado, o que exigiria o recurso a juízes; deste modo, e com o objectivo de sermos rigorosos, mantivemos palavras que poderão ter significados muito aproximados ou idênticos (e.g. Amâncio e Carapinheiro, 1993; Oliveira, 1999, 2004, 2008).

Para identificar os universos semânticos associados à morte, ao doente oncológico e ao doente oncológico em fim de vida, realizaram-se várias Análises Factoriais de Correspondência (AFC). O resultado de cada estímulo (variáveis dependentes) foi cruzado com as variáveis independentes (sexo, idade e experiência profissional). Utilizou-se, para o tratamento dos dados, o programa estatístico SPAD-T versão 2.0. Do

tratamento estatístico resultaram tabelas de contingência, abarcando as palavras retidas (sempre com uma frequência mínima superior a 10).

Os dados apresentados nessas tabelas representam os factores (ou eixos factoriais) que possibilitam a interpretação das suas propriedades estruturais e significantes, definindo as relações de proximidade e de oposição entre as variáveis; na sua interpretação considerámos as modalidades com contribuições absolutas mais elevadas em cada eixo factorial (Oliveira, 1999, 2004, 2008; Oliveira e Amâncio, 2005; Oliveira e Amaral, 2007).

5.2. Resultados

Expomos, em seguida, os resultados obtidos para cada um dos estímulos, partindo das respostas dos participantes com e sem a inclusão das variáveis independentes. A representação gráfica dos resultados pode ser consultada em Anexo.

MORTE FAZ-ME PENSAR EM...

Como resposta à associação livre de palavras ao estímulo *Morte faz-me pensar em...*, foram produzidas 1137 palavras, 331 das quais são diferentes (29,1%). Retivemos as palavras com uma frequência superior a 14, correspondendo a 524 palavras, 19 das quais diferentes, o que pode ser observado na Tabela 3.

Numa primeira análise desta tabela, inferimos, pelas palavras mais frequentes, que a morte é percebida como um fim (da vida), que desperta evidente mal-estar – sofrimento, tristeza, dor, choro – suscitado pela perda da pessoa próxima. Da AFC realizada, foram retidos os três primeiros factores. O primeiro factor é fortemente caracterizado pelo medo; representa os pensamentos e sentimentos que são inerentes aos rituais associados à morte e ao medo que esta suscita – medo em vida –, opondo palavras como medo e vida a choro, solidão e funeral, (cf. Tabela 4 e Gráficos 1 e 2 – Anexo 3).

Tabela 3 – Palavras retidas por ordem de frequência

Morte faz-me pensar em.....

Palavra	Frequência
fim	49
sofrimento	46
tristeza	42
dor	40
choro	38
perda	35
preto	29
família	28
cemitério	24
luto	24
escuridão	23
Fim de vida	22
saudade	20
solidão	20
vidalemorte ⁴⁴	20
vida	19
medo	15
funeral	15
alívio	15

Tabela 4 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas

Morte faz-me pensar em...

	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
alívio	0,32	-0,48	-0,59	0,6	1,3	2,1	0,01	0,02	0,03
cemitério	0,43	-0,19	0,30	1,6	0,3	0,9	0,03	0,01	0,02
choro	0,57	0,31	0,63	4,6	1,4	6,2	0,12	0,04	0,15
dor	0,23	-0,16	-0,08	0,8	0,4	0,1	0,02	0,01	0,00
escuridão	0,03	0,19	0,40	0,0	0,3	1,5	0,00	0,01	0,03
família	0,02	-0,50	-0,76	0,0	2,6	6,6	0,00	0,05	0,12
fim	-0,30	0,18	-0,23	1,6	0,6	1,1	0,03	0,01	0,02
fim de vida	-0,03	0,06	-2,19	0,0	0,0	42,7	0,00	0,00	0,52
funeral	0,65	0,22	0,49	2,3	0,3	1,5	0,05	0,01	0,03
luto	0,43	0,06	-0,35	1,6	0,0	1,2	0,03	0,00	0,02
medo	-3,64	1,44	0,50	73,4	11,4	1,5	0,79	0,12	0,01
perda	0,00	0,51	0,35	0,0	3,4	1,7	0,00	0,07	0,03
preto	0,12	0,31	0,41	0,2	1,1	2,0	0,00	0,02	0,04
saudade	0,19	-0,01	0,28	0,3	0,0	0,6	0,00	0,00	0,01
sofrimento	-0,05	-0,18	0,01	0,0	0,6	0,0	0,00	0,01	0,00
solidão	0,57	0,38	0,89	2,4	1,0	6,4	0,04	0,02	0,11
tristeza	0,25	0,11	0,42	1,0	0,2	3,1	0,02	0,00	0,07
vida	-1,16	-3,23	0,55	9,5	73,3	2,4	0,10	0,79	0,02
vidalemorte	-0,11	0,50	-1,51	0,1	1,8	18,5	0,00	0,03	0,23
Valores próprios	0,5157	0,5165	0,4704	% acumulada = 27,18					
% de inércia	9,35	9,33	8,50						

⁴⁴ "vidalemorte" é uma simplificação de vida além da morte

O segundo factor traduz uma forte ancoragem de morte a vida e, em menor grau, ao medo; opõe vida e família a medo, o que nos remete para o que pensa/sente quem está próximo da morte, a pensamentos que podem surgir quando se acompanha quem está a morrer. Num sentido que nos é traduzido pela nossa prática: acompanhar quem morre, assusta e faz-nos pensar na vida e na família.

O terceiro eixo factorial, sugere-nos uma oposição entre o que decorre após a morte de alguém e no que representa a morte do outro. É traduzido pelas palavras solidão, choro e tristeza, associadas a pensamentos/sentimentos relacionados com as manifestações da perda. Em oposição a fim de vida, *vidalemorte*⁴⁵ e família, que constituem pensamentos concretos ou processos de objectivação, que correspondem ao experimentado por alguém que acompanha quem está a morrer. A palavra *vidalemorte* pode traduzir um lado invisível (ou transcendente) da morte. A perda de um ente querido faz brotar sentimentos de solidão e medo. Contudo, a morte parece ser vista como uma transição para uma outra vida.

Sexo

A análise do vocabulário dos sujeitos de cada um dos sexos⁴⁶ pode ser observada a partir dos dados que constam na Tabela 5.

As concepções dos homens e das mulheres sobre a morte são distintas. O universo semântico dos primeiros caracteriza-se por vida, fim de vida e sofrimento, ao passo que o das mulheres se traduz por solidão, choro, cemitério e família. Os homens revelam uma percepção que parece traduzir o que é observável naquele que está a morrer. As mulheres demonstram um envolvimento emocional mais profundo, que evidencia a solidão com a morte daquele que é próximo e as leva a assumir uma atitude mais ritualista e participativa. As mulheres representam a morte como um processo associado à dor da família.

⁴⁵ “*vidalemorte*” é uma simplificação de vida além da morte

⁴⁶ sem representação gráfica, já que se traduz num só eixo factorial

Tabela 5 - Coordenadas, contribuições absolutas
Morte faz-me pensar em... (por sexo)

Sexos	Coordenadas	Contribuições absolutas
	F1	F1
Mulheres	-0,16	29,2
Homens	0,39	70,8
	F1	F1
alívio	-0,06	0,1
cemitério	-0,28	5,7
choro	-0,24	6,6
dor	0,18	4,2
escuridão	-0,16	1,9
família	-0,25	5,4
fim	-0,06	0,5
fim de vida	0,36	8,8
funeral	-0,20	1,9
luto	-0,09	0,6
medo	-0,06	0,1
perda	0,11	1,4
preto	0,04	0,1
saudade	-0,09	0,5
sofrimento	0,22	6,8
solidão	-0,42	11,1
tristeza	-0,01	0,0
vida	0,86	44,0
vidalemorte	0,02	0,0

Idade

A AFC das palavras com grupos de idades revela-nos representações distintas entre os três grupos. (cf. Tabela 6 e Gráfico 3 – Anexo 3). No primeiro eixo, verificamos a aproximação entre os mais novos (18-30) e os mais velhos (superior a 45), cujos universos semânticos se caracterizam por escuridão, dor, tristeza e sofrimento. Estes grupos evidenciam a componente emocional e traduzem a ancoragem da morte ao desconhecido – escuridão – e a pensamentos abstractos – dor, tristeza, sofrimento. Opõem-se aos de 31-44 anos, que salientam representações mais direccionadas para a vivência da morte daquele que é próximo, através de palavras como funeral, família, medo e luto. No eixo factorial dois, observamos a oposição entre os mais jovens e os mais velhos da amostra. Os primeiros apresentam um universo semântico composto pelas palavras choro, medo, escuridão e fim, o que traduz uma representação com uma

forte componente emocional, associada a pensamentos difusos perante o desconhecido e ao medo da morte como um fim; e os segundos têm um universo semântico definido por luto e fim de vida, que revelam uma percepção mais objectiva e ritualista da morte.

Tabela 6 – Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Morte faz-me pensar em... (por idade)

Idades	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
18-30	0,08	-0,10	12,00	30,10	0,38	0,62
31-44	-0,35	0,02	79,40	0,40	1,00	0,00
+45	0,11	0,25	8,60	69,50	0,16	0,84
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
alívio	-0,15	0,17	2,0	4,3	0,43	0,57
cemitério	-0,01	0,08	0,0	1,5	0,01	0,99
choro	-0,10	-0,19	2,3	13,0	0,21	0,79
dor	0,19	-0,05	8,8	1,0	0,93	0,07
escuridão	0,27	-0,21	10,6	9,9	0,62	0,38
família	-0,30	-0,09	15,8	2,1	0,92	0,08
fim	-0,06	-0,12	1,2	6,9	0,21	0,79
fim de vida	0,07	0,23	0,6	11,0	0,08	0,92
funeral	-0,49	0,12	21,7	2,1	0,94	0,06
luto	-0,20	0,36	5,8	29,7	0,23	0,77
medo	-0,35	-0,27	11,0	10,4	0,62	0,38
perda	0,08	0,00	1,3	0,0	1,00	0,00
preto	0,08	0,12	1,2	3,7	0,34	0,66
saudade	0,13	0,03	2,2	0,2	0,95	0,05
sofrimento	0,13	0,01	4,4	0,0	1,00	0,00
solidão	0,13	0,03	2,2	0,2	0,95	0,05
tristeza	0,15	0,06	6,0	1,2	0,88	0,12
vida	-0,16	-0,10	2,9	1,9	0,71	0,29
vidalemorte	0,01	0,07	0,0	1,0	0,02	0,98

Experiência Profissional

No primeiro factor verificamos a oposição entre os estudantes e os enfermeiros oncológicos. Este eixo revela que os estudantes salientam a dimensão emocional manifestada nos vocábulos preto, escuridão e tristeza, e interpretam a morte como algo desconhecido e triste. Ao invés, os enfermeiros oncológicos que vêem na morte o luto e alívio (associado a sofrimento) que dela advém, por parte da família que promove o funeral. Este grupo evidencia uma atitude mais observadora e concreta, ao contrário dos estudantes, que percebem o fenómeno de uma forma mais próxima – “a minha morte” (cf. Tabela 7 e Gráfico 4 - Anexo 3).

Tabela 7 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Morte faz-me pensar em... (por experiência profissional)

Situação Profissional	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
Estudantes	0,19	-0,11	29,4	26,3	0,77	0,23
Oncológicos	-0,38	-0,05	68,7	4,0	0,98	0,02
Não Oncológicos	0,06	0,22	1,8	69,7	0,07	0,93
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
alívio	-0,46	0,03	10,4	0,2	0,99	0,01
cemitério	0,15	-0,01	1,8	0,0	1,00	0,00
choro	0,08	0,00	0,9	0,0	1,00	0,00
dor	0,18	-0,05	4,4	1,0	0,93	0,07
escuridão	0,30	-0,3	6,9	20,2	0,51	0,49
família	-0,08	-0,14	0,6	5,9	0,22	0,78
fim	-0,03	0,01	0,2	0,0	0,94	0,06
fim de vida	-0,08	-0,12	0,4	2,9	0,30	0,70
funeral	-0,37	0,32	6,9	15,3	0,57	0,43
luto	-0,73	0,04	42,5	0,4	1,00	0,00
medo	-0,01	0,11	0,0	1,9	0,01	0,99
perda	0,06	0,19	0,4	12,1	0,09	0,91
preto	0,33	0,24	10,9	16,2	0,67	0,33
saudade	0,05	0,03	0,1	0,2	0,74	0,26
sofrimento	-0,19	-0,12	5,8	6,5	0,73	0,27
solidão	0,05	0,03	0,1	0,2	0,74	0,26
tristeza	0,23	0,07	7,3	2,2	0,91	0,09
vida	-0,03	-0,28	0,1	14,7	0,01	0,99
vidalemorte	0,05	0,03	0,1	0,2	0,74	0,26

O segundo factor revela a oposição dos estudantes ao grupo de enfermeiros não oncológicos. Os primeiros representam a morte numa perspectiva mais pessoal, associada ao desconhecido, à vida e à família, enquanto que os enfermeiros não oncológicos associam sobretudo a morte aos rituais – funeral, preto e perda.

MORTE FAZ-ME SENTIR...

Como resposta à associação livre de palavras ao estímulo *Morte faz-me sentir...* foram produzidas 814 palavras, 23,7 % das quais são distintas. Retivemos 485 palavras, sendo 16 diferentes (cf. Tabela 8). Todas as palavras, excepto alívio – como o fim do sofrimento daquele que está a morrer e de quem acompanha quem morre – traduzem emoções e sentimentos negativos perante a morte – um acontecimento que suscita enorme mal-estar.

Tabela 8 - Palavras retidas por ordem de frequência

Morte faz-me sentir...

Palavra	Frequência
tristeza	110
medo	46
impotência	45
dor	36
angústia	35
saudade	29
solidão	24
mal	23
sofrimento	23
revolta	22
incapacidade	19
depressão	17
choro	16
perda	16
ansiedade	12
alívio	12

Os principais elementos de interpretação destes factores foram resumidos na Tabela 9 e representados graficamente nas Figuras 6 e 7 (Anexo 3). O primeiro eixo factorial evidencia os sentimentos/emoções manifestados perante a morte do outro. Opõe uma dimensão de forte envolvimento emocional, traduzida pelas palavras sofrimento, perda e dor a uma dimensão emocional, que expressa o sentimento de fracasso perante a inevitabilidade da morte, nos vocábulos impotência e revolta. O segundo factor, revela as emoções, por vezes dicotómicas, sentidas diante da morte do outro, traduzidas nas palavras alívio (do sofrimento), revolta e impotência que se opõem aos sentimentos perante a inevitabilidade da própria morte ou daquele que é próximo, traduzida pelas palavras medo, mal e ansiedade. O terceiro eixo opõe, novamente, duas formas de sentir a morte: como alívio do sofrimento e como geradora de sofrimento e saudade. Alívio tem uma forte contribuição para a explicação deste factor.

Tabela 9 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas

Morte faz-me sentir...

	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
alívio	0,49	1,47	-2,88	1,3	12,3	52,3	0,02	0,15	0,58
angústia	0,34	-0,01	-0,34	1,8	0,0	2,2	0,03	0,00	0,03
ansiedade	-0,06	-1,21	-0,07	0,0	8,3	0,0	0,00	0,13	0,00
choro	0,14	-0,59	0,51	0,1	2,6	2,2	0,00	0,04	0,03
depressão	-0,01	0,26	0,63	0,0	0,6	3,6	0,00	0,01	0,05
dor	0,84	0,35	0,54	11,5	2,1	5,5	0,22	0,04	0,09
impotência	-1,42	0,57	0,27	41,0	7,0	1,7	0,56	0,09	0,02
incapacidade	0,52	-0,31	-0,41	2,3	0,9	1,7	0,04	0,01	0,02
mal	-0,15	-1,31	-0,22	0,2	18,6	0,6	0,00	0,28	0,01
medo	-0,17	-1,18	-0,53	0,6	30,2	6,8	0,01	0,42	0,09
perda	1,40	0,96	-0,39	14,1	6,9	1,3	0,21	0,10	0,02
revolta	-1,04	0,85	-0,09	10,7	7,6	0,1	0,19	0,13	0,00
saudade	0,19	0,02	0,95	0,5	0,0	13,6	0,01	0,00	0,19
sofrimento	1,18	0,31	0,81	14,4	1,1	7,8	0,28	0,02	0,13
solidão	0,09	-0,23	-0,23	0,1	0,6	0,7	0,00	0,01	0,01
tristeza	-0,17	0,16	0,02	1,4	1,3	0,0	0,04	0,03	0,00
Val. próprios	0,4589	0,4355	0,3925	% acumulada = 29,84					
% de inércia	10,64	10,10	9,10						

Sexo

A forma como os homens sentem a morte difere da das mulheres. O universo semântico dos sujeitos masculinos é caracterizado por depressão e impotência, que poderão estar relacionadas com a sensação de fracasso no controlo da situação. Por outro lado, as mulheres revelam um maior envolvimento emocional, com expressão de emoções, por vezes dicotómicas perante a morte do outro, traduzidas pelas palavras solidão, alívio (do sofrimento) e revolta. (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Coordenadas, contribuições absolutas
Morte faz-me sentir...(por sexo)

Sexo	Coordenadas	Contribuições Absolutas
	F1	F1
Mulheres	-0,10	25,2
Homens	0,30	74,8
	F1	F1
alívio	-0,39	12,1
angústia	-0,05	0,7
ansiedade	0,19	2,9
choro	-0,15	2,3
depressão	0,50	29
dor	-0,07	1,1
impotência	0,19	10,7
incapacidade	0,03	0,1
mal	0,12	2,3
medo	-0,08	1,9
perda	0,00	0,0
revolta	-0,27	10,4
saudade	0,06	0,6
sofrimento	0,02	0,1
solidão	-0,39	24,2
tristeza	0,05	1,8

Idade

No primeiro eixo, podemos verificar a oposição entre os mais novos e os sujeitos com 31-44 e com mais de 45. Neste eixo encontramos duas formas de relevância para dimensões emocionais da morte; no grupo com 18-30 o medo e a decorrente ansiedade perante a própria morte que se lhe associa. Os indivíduos com 31 ou mais anos focam-se sobretudo na morte do outro, através de depressão, perda, alívio e revolta. No segundo eixo, os mais velhos opõem-se aos restantes: revelam uma forma interiorizada de sentir a morte do outro, traduzida por dor, sofrimento e ansiedade, enquanto os mais jovens, revelam uma componente emocional mais pessoal e associada ao medo da morte – revolta e medo (cf. Tabela 11 e Gráfico 7 – Anexo 3).

Tabela 11 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Morte faz-me sentir ...(por idade)

Idades	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
18-30	0,25	-0,05	43,6	3,2	0,96	0,04
31-44	-0,41	-0,29	43,2	36,8	0,67	0,33
+45	-0,20	0,32	13,2	60,0	0,27	0,73
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
alívio	-0,75	0,02	18,1	0,0	1,00	0,00
angústia	-0,07	-0,13	0,5	2,8	0,23	0,77
ansiedade	0,37	0,34	4,4	6,2	0,55	0,45
choro	0,06	-0,02	0,1	0,0	0,92	0,08
depressão	-0,73	0,01	24,3	0,0	1,00	0,00
dor	0,10	0,42	1,0	28,8	0,06	0,94
impotência	0,11	-0,12	1,4	2,9	0,46	0,54
incapacidade	-0,02	-0,02	0,0	0,0	0,42	0,58
mal	0,21	-0,13	2,8	1,9	0,71	0,29
medo	0,39	-0,16	18,2	5,5	0,85	0,15
perda	-0,64	0,28	17,4	5,6	0,84	0,16
revolta	-0,39	-0,51	9,0	26,3	0,37	0,63
saudade	0,03	-0,05	0,1	0,4	0,19	0,81
sofrimento	0,00	0,42	0,0	18,1	0,00	1,00
solidão	-0,12	0,10	1,0	1,2	0,59	0,41
tristeza	0,08	-0,02	1,8	0,2	0,95	0,05

Experiência Profissional

No primeiro eixo factorial, encontramos, por um lado, a saliência de dimensões de proximidade e pessoalidade, dos estudantes, com forte ancoragem no medo (do desconhecido) e à tristeza, e, por outro, a relevância de dimensões mais associadas à morte de alguém (que é ou se tornou) próximo, por parte dos enfermeiros oncológicos, na perspectiva do que é observável no outro, ou no que os próprios poderão sentir, traduzida por alívio (do sofrimento), perda, ansiedade, depressão, e solidão (cf. Tabela 12 e Gráfico 8 – Anexo 3).

Tabela 12 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Morte faz-me sentir... (por experiência profissional)

Situação Profissional	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
Estudantes	0,21	0,10	32,6	28,2	0,81	0,19
Oncológicos	-0,33	0,04	63,9	3,5	0,99	0,01
Não Oncológicos	0,08	-0,19	3,5	68,3	0,16	0,84
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
alívio	-0,72	0,10	23,7	1,7	0,98	0,02
angústia	-0,03	0,05	0,1	1,3	0,19	0,81
ansiedade	-0,48	0,34	10,6	19,9	0,66	0,34
choro	0,12	-0,18	0,9	7,5	0,31	0,69
depressão	-0,34	-0,10	7,5	2,5	0,92	0,08
dor	-0,01	0,01	0,0	0,0	0,80	0,20
impotência	0,01	-0,11	0,0	8,3	0,00	1,00
incapacidade	-0,03	-0,20	0,0	10,8	0,02	0,98
mal	0,21	-0,10	4,0	3,3	0,82	0,18
medo	0,33	0,17	18,3	19,0	0,78	0,22
perda	-0,56	-0,20	19,2	8,6	0,89	0,11
revolta	0,00	-0,08	0,0	2,1	0,00	1,00
saudade	-0,02	0,09	0,0	3,2	0,05	0,95
sofrimento	-0,01	0,14	0,0	6,8	0,01	0,99
solidão	-0,26	0,11	6,3	4,0	0,86	0,14
tristeza	0,15	-0,03	9,3	1,1	0,97	0,03

No segundo eixo, os estudantes confirmam uma percepção mais interiorizada e pessoal da morte, associada ao desconhecido – em ansiedade e medo. Por seu turno, os enfermeiros não oncológicos sentem a morte com uma certa dualidade: como algo que transcende o seu poder humano, expressa nos vocábulos incapacidade e impotência e na perspectiva do que observável no outro que perde alguém, traduzida nas palavras perda e choro.

DOENTE ONCOLÓGICO FAZ-ME PENSAR...

Como resposta à associação livre de palavras ao estímulo *Doente oncológico faz-me pensar...* foram produzidas 1077 palavras, 30,9 % das quais são distintas. Retivemos 483 palavras, sendo 17 diferentes, conforme se observa na Tabela 13. Podemos inferir, das respostas mais frequentes (sofrimento, morte, dor) que ao doente oncológico é associada uma representação com um claro prenúncio de morte dolorosa. A representatividade das

palavras hospital, tratamentos e esperança sugere-nos que, apesar da representação negativa, ao doente oncológico também poderá ser associada a esperança de cura.

Tabela 13 - Palavras retidas por ordem de frequência

Doente oncológico faz-me pensar em...

Palavra	Frequência
sofrimento	83
morte	68
dor	60
hospital	30
quimioterapia	28
alopécia	23
tristeza	22
família	20
tratamentos	20
esperança	19
doença	19
dependência	17
alteração da imagem	16
cancro	16
medo	15
desespero	14
angústia	13

Da AFC, realizada com as palavras retidas, foram considerados os três primeiros factores, como podemos observar na Tabela 14 (cf. Gráficos 9 e 10 – Anexo 3).

O primeiro factor revela uma dicotomia na representação do doente oncológico que opõe uma percepção negativa a outra positiva, a primeira dada por tristeza, dependência e alteração da imagem, e a segunda por esperança, com forte contribuição para o factor. No segundo eixo, a esperança esmorece para dar lugar à dependência e às consequências físicas, visíveis, da doença, opõe dependência, alteração da imagem e esperança, a morte, o que poderá significar que o doente oncológico é representado como um doente com alterações da imagem e dependência, para o qual existe esperança, apesar do estigma da morte que o acompanha. No terceiro factor, constatamos novamente a representação do doente oncológico como alguém que vê a sua imagem alterada mas para o qual, apesar da intensa tristeza que se lhe associa, ainda existe esperança de tratamento hospitalar.

Tabela 14 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas

Doente oncológico faz-me pensar...

	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
alopécia	-0,10	0,01	-0,09	0,1	0,0	0,1	0,00	0,00	0,00
alteração da imagem	1,17	1,84	-0,94	8,5	24,4	6,8	0,12	0,3	0,08
angústia	0,63	-0,09	0,07	2,0	0,0	0,0	0,05	0,00	0,00
cancro	-0,51	-0,61	-0,96	1,6	2,7	7,2	0,03	0,04	0,09
dependência	1,20	2,13	-0,04	9,5	34,5	0,0	0,14	0,43	0,00
desespero	0,44	-0,84	0,21	1,0	4,4	0,3	0,02	0,09	0,01
doença	-0,64	-0,87	-0,20	3,0	6,4	0,4	0,05	0,09	0,00
dor	0,23	-0,24	0,06	1,3	1,6	0,1	0,03	0,04	0,00
esperança	-2,35	1,28	1,66	41,1	14,0	25,2	0,49	0,15	0,25
família	0,14	-0,25	-0,29	0,2	0,5	0,8	0,00	0,01	0,01
hospital	-0,44	0,29	-0,63	2,3	1,2	5,8	0,04	0,02	0,09
medo	-0,98	-0,04	0,28	5,6	0,0	0,6	0,09	0,00	0,01
morte	0,2	-0,5	-0,04	1,1	7,6	0,0	0,03	0,17	0,00
quimioterapia	-0,3	-0,01	-0,49	1,0	0,0	3,2	0,02	0,00	0,05
sofrimento	0,01	-0,08	-0,07	0,0	0,2	0,2	0,00	0,00	0,00
tratamentos	-0,67	0,40	-0,31	3,5	1,4	0,9	0,07	0,02	0,01
tristeza	1,45	-0,33	2,14	18,1	1,1	48,4	0,24	0,01	0,51
Valores próprios	0,8060	0,4404	0,3797	% acumulada = 28.59					
% de inércia	38,32	20,94	18,06						

Sexo

A representação do doente oncológico é distinta entre homens e mulheres (cf. Tabela 15). Os homens revelam uma representação negativa e fatalista do doente oncológico, traduzida num dicionário constituído por morte, dor e desespero. As mulheres, por sua vez, apresentam uma interpretação mais positiva e direccionada para os cuidados, através de hospital, quimioterapia e tratamentos.

Tabela 15 - Coordenadas, contribuições absolutas
Doente oncológico faz-me pensar (por sexo)

Sexos	Coordenadas	Contribuições Absolutas
	F1	F1
Mulheres	-0,12	31,1
Homens	0,27	68,9
	F1	F1
alopécia	-0,11	1,7
alteração da imagem	0,00	0,0
angústia	-0,01	0,0
cancro	-0,13	1,8
dependência	-0,04	0,1
desespero	0,26	5,9
doença	0,13	1,9
dor	0,16	9,7
esperança	0,01	0,0
família	0,09	0,9
hospital	-0,38	28,7
medo	-0,24	5,6
morte	0,22	21,2
quimioterapia	-0,29	14,9
sofrimento	0,01	0,0
tratamentos	-0,24	7,4
tristeza	0,02	0,0

Idade

Os principais elementos de interpretação relativos aos grupos de idades foram resumidos na tabela 16 e representados graficamente nas Figuras 13 (Anexo 3).

No primeiro eixo, verificamos que todos os grupos, independentemente da idade, associam pensamentos e emoções negativas ao doente oncológico. Os sujeitos mais velhos revelam uma representação mais concreta dos efeitos, sobretudo físicos (alteração da imagem) que a doença pode provocar e os pensamentos difusos que pode despertar - dor, sofrimento. Os participantes mais jovens revelam uma interpretação mais geral e difusa do conceito, traduzida nas palavras cancro, tristeza e desespero. Quimioterapia surge, neste grupo, com menos expressividade. No segundo factor, os sujeitos do grupo de idades 31-44 anos evidenciam uma representação associada a quimioterapia (vulgarmente associada a alterações físicas/fisiológicas) e ao medo, o que poderá ser interpretado como o receio dos próprios padecerem da doença ou com o receio de lidar com o doente e com as consequências da doença.

Tabela 16 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Doente oncológico faz-me pensar... (por idade)

Idades	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
18-30	0,25	-0,02	47,1	1,7	0,99	0,01
31-44	-0,19	0,18	13,2	62,3	0,54	0,46
+45	-0,33	-0,13	39,6	36	0,86	0,14
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
alopécia	0,20	0,02	3,0	0,2	0,99	0,01
alteração da imagem	-0,90	0,08	40,5	1,8	0,99	0,01
angústia	0,01	-0,23	0,0	11,4	0,00	1,00
cancro	0,61	-0,03	18,6	0,2	1,00	0,00
dependência	-0,13	-0,23	0,9	15,8	0,23	0,77
desespero	0,40	-0,08	7,0	1,4	0,96	0,04
doença	0,07	0,22	0,3	15,2	0,10	0,90
dor	-0,18	0,06	6,2	3,6	0,90	0,10
esperança	-0,10	-0,13	0,6	5,8	0,37	0,63
família	-0,13	-0,05	1,1	0,8	0,89	0,11
hospital	0,16	-0,13	2,3	8,3	0,60	0,40
medo	-0,05	0,20	0,1	10,7	0,06	0,94
morte	0,07	0,01	1,0	0,1	0,99	0,01
quimioterapia	0,24	0,21	4,9	22,2	0,55	0,45
sofrimento	-0,14	-0,04	5,2	2,6	0,92	0,08
tratamentos	-0,02	0,00	0,0	0,0	0,96	0,04
tristeza	0,35	0,00	8,3	0,0	1,00	0,00

Nos grupos 1 (18-30) e 3 (superior a 45) o doente oncológico é percebido como uma pessoa com dependência, que poderá sentir angústia perante a incerteza do futuro, mas para a qual existe esperança de tratamento. Refira-se que a contribuição dos sujeitos com 18-30 é muito baixa (1,7) na explicação deste factor.

Experiência Profissional

No primeiro eixo, os estudantes revelam uma interpretação mais geral e difusa do conceito, traduzida nas palavras cancro, tristeza e medo. Com menor expressividade é referida alopecia. Os enfermeiros oncológicos, pelo contrário, demonstram uma percepção mais objectiva dos efeitos físicos da doença e mais positiva em relação à cura da mesma, traduzida nos vocábulos esperança, alteração da imagem e dependência (cf. Tabela 17 e Gráfico 12 - Anexo 3).

Tabela 17 – Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Doente oncológico faz-me pensar (por experiência profissional)

Situação Profissional	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
Estudantes	0,26	-0,11	41,9	15,4	0,85	0,15
Oncológicos	-0,38	-0,13	58,0	13,4	0,90	0,10
Não Oncológicos	-0,01	0,29	0,1	71,1	0,00	1,00
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
alopécia	0,27	0,24	4,8	7,8	0,56	0,44
alteração da imagem	-0,44	0,45	9,0	19,6	0,48	0,52
angústia	0,19	-0,12	1,4	1,1	0,72	0,28
cancro	0,80	-0,19	29,7	3,6	0,94	0,06
dependência	-0,41	-0,39	8,4	15,4	0,53	0,47
desespero	0,32	-0,31	4,3	8,0	0,52	0,48
doença	0,08	-0,05	0,4	0,3	0,71	0,29
dor	-0,09	0,21	1,6	15,5	0,17	0,83
esperança	-0,50	-0,19	14,0	4,0	0,88	0,12
família	-0,12	-0,09	0,8	0,9	0,64	0,36
hospital	-0,08	0,10	0,6	1,7	0,41	0,59
medo	-0,35	-0,21	5,2	3,8	0,74	0,26
morte	0,08	0,02	1,3	0,1	0,96	0,04
quimioterapia	0,16	-0,16	2,2	4,1	0,52	0,48
sofrimento	-0,03	0,06	0,3	1,5	0,29	0,71
tratamentos	-0,25	-0,31	3,7	11,7	0,39	0,61
tristeza	0,44	0,08	12,4	0,9	0,97	0,03

O segundo eixo evidencia duas formas distintas de representar o doente oncológico: uma mais objectiva, que caracteriza os enfermeiros não oncológicos, direccionada para os efeitos mais visíveis da doença e dos tratamentos, traduzida nas palavras alteração da imagem, dor e alopecia; outra que define a representação dos estudantes e dos enfermeiros oncológicos. Esta revela, não só os efeitos da doença e do seu tratamento, traduzidos nos termos dependência e tratamentos, mas também as suas consequências a um nível interior, expressa na palavra desespero.

DOENTE ONCOLÓGICO FAZ-ME SENTIR...

Como resposta ao estímulo *Doente oncológico faz-me sentir...* foram produzidas 775 palavras, 27,7% das quais distintas. Retivemos 366 palavras, sendo 13 diferentes (cf. Tabela 18)

Para a maioria dos participantes, o doente oncológico invoca sentimentos negativos, traduzidos nas palavras tristeza, angústia, medo, dor, impotência, pena e sofrimento. O vocábulo vontade de ajudar é o quarto mais referido, o que revela alguma dualidade na forma de sentir o doente oncológico.

Tabela 18 - Palavras retidas por ordem de frequências

Doente oncológico faz-me sentir...

Palavra	Frequência
tristeza	83
angústia	38
medo	36
vontade de ajudar	32
dor	31
impotência	30
pena	28
sofrimento	24
esperança	18
revolta	17
ansiedade	15
incapacidade	14

Da AFC realizada com as palavras retidas, seleccionaram-se os três primeiros factores (cf. Tabela 19 e Gráficos 13 e 14 – Anexo 3). O primeiro eixo opõe duas formas de sentir o doente oncológico: uma positiva, traduzida nas palavras esperança e vontade de ajudar, outra negativa, revelada pelos termos impotência e incapacidade

Tabela 19 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas

Doente oncológico faz-me sentir...

	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
angústia	-0,17	-0,07	0,37	0,6	0,1	3,1	0,01	0	0,06
ansiedade	0,11	-0,4	1,92	0,1	1,4	32,6	0	0,02	0,37
dor	0,48	-0,72	0,5	3,7	9,2	4,6	0,07	0,16	0,08
esperança	1,61	-0,79	-0,66	24,2	6,3	4,7	0,32	0,08	0,05
impotência	-1,01	1	-0,26	15,9	17,1	1,2	0,24	0,24	0,02
incapacidade	-1,7	-2,36	-1,56	20,9	44	20,1	0,24	0,46	0,2
medo	-0,16	0,56	0,25	0,5	6,3	1,3	0,01	0,1	0,02
pena	0,11	0,18	0,14	0,2	0,5	0,3	0	0,01	0,01
revolta	-0,38	0,43	-0,74	1,2	1,7	5,5	0,02	0,02	0,07
sofrimento	0,42	-0,66	0,61	2,2	5,8	5,2	0,04	0,11	0,09
tristeza	-0,32	0,15	0,03	4,3	1	0	0,09	0,02	0
vontade de ajudar	1,26	0,6	-1,06	26,3	6,5	21,4	0,35	0,08	0,25
Valores próprios	0,5297	0,4825	0,4626						
% de inércia	13,36	12,17	11,66	% acumulada = 37,19					

O segundo factor revela alguma dualidade de sentimentos. Por um lado sentem impotência, medo, dor, incapacidade e sofrimento; por outro lado, expressam sentimentos positivos como a vontade de ajudar e a esperança (na cura) – por um lado temos representado o desespero e, por outro, alguma esperança. O terceiro eixo, num sentido idêntico, revela novamente, alguma heterogeneidade de sentimentos. Opõe ansiedade, sofrimento e dor a incapacidade, vontade de ajudar, revolta e esperança.

Sexo

As mulheres salientam a componente emocional e relacional traduzida nas palavras vontade de ajudar, angústia e revolta (pelo sofrimento), que se opõem aos vocábulos ansiedade, incapacidade, sofrimento, pena e esperança, característicos no dicionário dos homens. A ansiedade masculina poderá estar relacionada com a sensação de incapacidade de lidar com a situação, com a sua incontroabilidade, que lhes desperta sofrimento e pena, embora sintam esperança (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Coordenadas, contribuições absolutas
Doente oncológico faz-me sentir ... (por sexo)

Sexo	Coordenadas	Contribuições Absolutas
	F1	F1
Mulheres	-0,10	26,5
Homens	0,27	73,5
	F1	F1
angústia	-0,18	13,5
ansiedade	0,31	14,9
dor	-0,02	0,1
esperança	0,15	4,6
impotência	0,08	2,0
incapacidade	0,21	6,5
medo	-0,10	3,6
pena	0,13	4,8
revolta	-0,20	7,3
sofrimento	0,15	6,1
tristeza	0,05	2,6
vontade de ajudar	-0,32	34,1

Idade

Relativamente à idade (cf. Tabela 21, Gráfico 15 – Anexo 3), o primeiro eixo opõe os sujeitos do grupo 3 (superior a 45) e 1 (18-30) aos sujeitos do grupo 2 (31-44). O dicionário dos primeiros indica maior interiorização, expressa nas palavras dor, sofrimento e ansiedade. Estas opõem-se a impotência e revolta que, embora revelem também uma dimensão emocional, sugerem-nos uma percepção associada ao sentimento de impotência para lidar com a situação que provoca revolta. O segundo eixo mostra duas formas de sentir o doente oncológico, opondo pena e tristeza, vontade de ajudar e incapacidade, que caracterizam os sujeitos de 18-30 anos, a revolta, angústia e impotência, expressos pelos indivíduos de 31 ou mais anos. Os mais jovens evidenciam a dimensão emocional e relacional. Os mais velhos revelam também a dimensão emocional. Todavia, neste caso, está associada à angústia e revolta pela impotência que sentem em lidar/ controlar a situação.

Tabela 21 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Doente oncológico faz-me sentir ...(por idade)

Idades	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
18-30	0,06	0,10	3,2	43,3	0,25	0,75
31-44	-0,46	-0,07	73,0	7,0	0,98	0,02
+45	0,23	-0,16	23,8	49,7	0,68	0,32
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
angústia	0,09	-0,15	1,3	18,1	0,25	0,75
ansiedade	0,33	0,04	7,8	0,6	0,98	0,02
dor	0,45	-0,03	28,7	0,5	1,00	0,00
esperança	0,12	-0,11	1,2	4,2	0,56	0,44
impotência	-0,41	-0,10	23,0	6,4	0,94	0,06
incapacidade	-0,27	0,15	4,8	6,3	0,77	0,23
medo	-0,06	0,00	0,6	0,0	1,00	0,00
pena	-0,09	0,17	1,1	17,4	0,22	0,78
revolta	-0,31	-0,30	7,6	30,4	0,53	0,47
sofrimento	0,42	-0,01	19,4	0,1	1,00	0,00
tristeza	-0,04	0,07	0,5	9,3	0,20	0,80
vontade de _ajudar	-0,16	0,10	4,0	6,6	0,73	0,27

Experiência Profissional

No primeiro eixo, encontramos homogeneidade nos sentimentos expressos pelos estudantes e pelos enfermeiros não oncológicos, traduzida por incapacidade e tristeza. O dicionário dos enfermeiros oncológicos revela alguma dualidade de sentimentos, expressa nas palavras ansiedade, esperança e revolta. No segundo eixo, verifica-se a oposição entre os sentimentos que caracterizam os estudantes (vontade de ajudar, pena, sofrimento) e os dos enfermeiros não oncológicos (impotência e esperança). Os primeiros, evidenciam a dimensão emocional e relacional. Os enfermeiros não oncológicos, embora demonstrem uma percepção positiva do conceito na palavra esperança, a expressividade da palavra impotência traduz uma dimensão emocional, associada à incapacidade em lidar com a situação (cf. Tabela 22, Gráfico 16 - Anexo 3).

Tabela 22 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas

Doente oncológico faz-me sentir ...(por experiência profissional)

Situação Profissional	Coordenada		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
Estudantes	0,12	0,08	12,4	44,4	0,70	0,30
Oncológicos	-0,34	-0,01	70,3	0,8	1,00	0,00
Não Oncológicos	0,17	-0,10	17,3	54,8	0,73	0,27
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
angústia	0,00	-0,03	0,0	1,3	0,01	0,99
ansiedade	-0,55	0,06	25,8	3,1	0,99	0,01
dor	-0,01	0,05	0,0	3,7	0,02	0,98
esperança	-0,45	-0,11	21,4	11,0	0,94	0,06
impotência	0,07	-0,19	0,9	51,0	0,13	0,87
incapacidade	0,48	0,07	18,3	3,1	0,98	0,02
medo	0,15	0,01	4,5	0,4	0,99	0,01
pena	0,16	0,07	4,1	7,1	0,83	0,17
revolta	-0,40	0,03	16,0	1,0	0,99	0,01
sofrimento	-0,01	0,07	0,0	5,3	0,03	0,97
tristeza	0,11	-0,03	5,8	2,8	0,95	0,05
vontade de ajudar	-0,13	0,08	3,0	10,4	0,72	0,28

DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA FAZ- ME PENSAR...

Tabela 23 - Palavras retidas por ordem de frequências
Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar...

Palavra	Frequência
morte	88
sofrimento	81
dor	77
tristeza	37
família	35
solidão	25
hospital	22
dependência	22

Como resposta ao estímulo *Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar...*, foram produzidas 1071 palavras, 30.3 % das quais distintas. Retivemos 387, com frequência igual ou superior a 19, sendo 8 diferentes (cf. Tabela 23)

A maioria das palavras traduzem uma representação negativa do doente oncológico em fim de vida, expressa em morte, sofrimento, dor, tristeza, solidão e dependência.

Da AFC realizada no primeiro factor encontramos duas formas de representar o doente oncológico em fim de vida: uma direccionada para a experiência física, enunciada na palavra dependência, que conduz o doente ao hospital; outra emocional e relacional expressa nos termos morte, família, sofrimento e dor. As palavras mais representativas na explicação do factor são dependência e hospital (cf. Tabela 24 e Gráficos 17 e 18 – Anexo 3). O segundo eixo revela uma forte ancoragem de doente oncológico em fim de vida a família e, em menor grau, a hospital e sofrimento. O terceiro factor é caracterizado por solidão e tristeza, que se opõem a morte.

Tabela 24 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar...

	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
dependência	4,14	0,03	-0,01	27,8	0,0	0,0	2,63	0,00	0,00
dor	-0,60	0,31	-0,28	8,8	4,3	4,1	0,36	0,09	0,08
família	-1,12	-2,00	-0,05	14,0	82,1	0,1	0,30	0,96	0,00
hospital	1,85	-0,59	-0,46	24,2	4,6	3,2	0,73	0,07	0,04
morte	-0,72	0,19	-0,37	14,6	1,8	8,1	0,62	0,04	0,16
sofrimento	-0,59	0,37	-0,27	9,1	6,6	4,1	0,40	0,16	0,08
solidão	-0,24	0,06	1,52	0,5	0,1	39,3	0,01	0,00	0,58
tristeza	-0,29	0,19	1,28	1,0	0,8	41,3	0,03	0,01	0,61
Val. próprios	0,80	0,44	0,38	% acumulada = 77,32					
% de inércia	38,32	20,94	18,06						

Sexo

O universo semântico das mulheres é composto por hospital, tristeza e família, o que revela a percepção do fim da vida do doente oncológico, envolto em tristeza, no hospital, onde a família poderá estar presente e ser considerada como parte integrante dos cuidados. Os homens demonstram uma representação concreta do fim da vida com uma forte ancoragem, a morte, e em menor grau a sofrimento. As mulheres salientam, mais do que os homens, a componente emocional e relacional (cf. Tabela 25).

Tabela 25 - Coordenadas, contribuições absolutas
Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar...(por sexo)

Sexos	Coordenadas	Contribuições Absolutas
	F1	F1
Mulheres	-0,08	24,3
Homens	0,24	75,7
	F1	F1
dependência	0,07	1,5
dor	0,01	0,1
família	-0,10	4,9
hospital	-0,35	38,9
morte	0,15	27,5
sofrimento	0,07	5,1
solidão	-0,10	3,5
tristeza	-0,19	18,5

Idade

No que se refere à idade, verifica-se, no primeiro eixo, a oposição entre os mais jovens e os mais velhos. Os primeiros associam o doente oncológico em fim de vida a tristeza e contextualizam os cuidados, no fim da vida em meio hospitalar. Os participantes mais velhos revelam, na palavra família, uma percepção que os remete para pensamentos relacionados com os que ficam após a morte ou no apoio à família durante o processo de morrer. O segundo factor opõe, essencialmente os sujeitos de 31-44 anos aos mais velhos. Os primeiros com uma representação concreta em relação ao que vai suceder no futuro, expressa por morte e solidão (esta pode advir da perda futura, ou ser interpretada com a solidão sentida pelo doente); os indivíduos com mais de 45 anos revelam a percepção da experiência física e psicológica do doente, expressa por dependência e sofrimento; os mesmos contextualizam os cuidados em meio hospitalar (cf. Tabela 26 e Gráfico 19 - Anexo 3)

Tabela 26 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar... (por idade)

Idades	Coordenadas		Contribuições absolutas		Contribuições Relativas	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
Grupo 1 18-30	0,15	0,02	45,1	1,4	0,99	0,01
Grupo 2 31-44	-0,22	0,13	38,2	40,4	0,72	0,28
Grupo 3 +45	-0,13	-0,15	16,8	58,2	0,44	0,56
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
dependência	0,06	-0,21	0,7	25,6	0,07	0,93
dor	-0,06	0,01	2,7	0,1	0,98	0,02
família	-0,34	0,01	39,0	0,2	1,00	0,00
hospital	0,24	-0,19	12,5	20,5	0,62	0,38
morte	0,03	0,11	0,6	27,0	0,05	0,95
sofrimento	-0,07	-0,08	3,8	14,8	0,41	0,59
solidão	0,03	0,12	0,2	9,1	0,06	0,94
tristeza	0,33	0,05	40,5	2,8	0,97	0,03

Experiência Profissional

Considerando a variável experiência profissional, verificamos alguma diversidade nos pensamentos (cf. Tabela 27 e Gráfico 20 – Anexo 3).

No primeiro factor, os estudantes revelam uma dimensão mais emocional do que os enfermeiros, traduzida pela palavra tristeza (com grande expressividade na explicação do eixo); em oposição à dor, a família e a hospital, pelos enfermeiros. Tal sugere-nos que os enfermeiros, quando pensam no doente oncológico em fim de vida, reconhecem a sua dor, bem como a da família e encaram os cuidados em fim de vida como fazendo parte do contexto hospitalar. A percepção do enfermeiros é mais objectiva e abrangente que a dos estudantes. O segundo eixo revela duas formas de representar o doente oncológico em fim de vida: na perspectiva do que é observado, traduzido nas palavras sofrimento, dependência e solidão, que caracterizam a percepção dos enfermeiros oncológicos e na perspectiva do que é esperado no futuro e no apoio aos que ficam, representada por morte e família, que caracterizam a representação dos enfermeiros não oncológicos. Os mesmos poderão também interpretar a morte do doente oncológico, como um momento passado com a família, que se opõe à percepção que caracteriza os enfermeiros oncológicos, para os quais o fim de vida pode ser um momento solitário.

Tabela 27 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar... (por experiência profissional)

Situação Profissional	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
Estudantes	0,22	-0,02	58,6	0,6	0,99	0,01
Oncológicos	-0,18	-0,15	28,1	40,8	0,58	0,42
Não Oncológicos	-0,13	0,19	13,3	58,5	0,31	0,69
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
dependência	0,07	-0,21	0,9	14,4	0,11	0,89
dor	-0,15	-0,06	12,9	4,3	0,86	0,14
família	-0,17	0,21	7,5	22,7	0,40	0,60
hospital	-0,18	0,00	5,5	0,0	1,00	0,00
morte	0,04	0,17	1,1	35,6	0,06	0,94
sofrimento	-0,06	-0,12	2,5	16,0	0,23	0,77
solidão	0,13	-0,14	3,2	7,0	0,48	0,52
tristeza	0,49	0,01	66,3	0,0	1,00	0,00

DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA FAZ-ME SENTIR...

No que se refere ao estímulo *Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir...* foram produzidas 837 palavras, 25.9 % das quais distintas. Retivemos 464 palavras com frequência igual ou superior a 11, sendo 16 diferentes (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Palavras retidas por ordem de frequência
Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir....

Palavra	Frequência
tristeza	104
impotência	55
medo	34
angústia	32
pena	31
revolta	28
dor	28
sofrimento	26
incapacidade	22
vontade de ajudar	21
mal	18
depressão	14
desespero	13
carinho	13
solidão	13
ansiedade	12

Verificamos que a maioria dos sujeitos associa sentimentos negativos ao doente oncológico em fim de vida, o que se pode inferir de tristeza, impotência, medo, angústia e pena. Outras palavras, menos frequentes, sugerem uma interpretação com uma componente emocional e relacional mais positiva (vontade de ajudar, carinho).

Da AFC realizada, foram considerados 3 eixos, que podem ser consultados na Tabela 29 e nos Gráficos 21 e 22 (Anexo 3).

Tabela 29 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir ...

	Coordenadas			Contribuições Absolutas			Contribuições Relativas		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
angústia	-0,07	-0,10	0,21	0,1	0,2	0,8	0,00	0,00	0,01
ansiedade	1,32	0,12	-2,1	9,1	0,1	27,8	0,13	0,00	0,33
carinho	-1,48	1,76	-1,2	12,4	19,4	9,8	0,17	0,24	0,11
depressão	1,30	-0,08	-1,46	10,3	0,00	15,6	0,17	0,00	0,21
desespero	0,38	-0,19	-0,41	0,8	0,2	1,2	0,02	0,00	0,02
dor	0,64	-0,85	-0,28	5,0	9,8	1,1	0,09	0,16	0,02
impotência	0,07	1,02	0,09	0,1	27,4	0,2	0,00	0,44	0,00
incapacidade	0,22	0,10	0,71	0,5	0,1	5,8	0,01	0,00	0,08
mal	0,35	-0,29	1,02	0,9	0,8	9,9	0,02	0,01	0,14
medo	-0,12	-0,37	0,58	0,2	2,2	5,9	0,00	0,04	0,10
pena	-0,59	-0,75	0,23	4,6	8,5	0,9	0,09	0,15	0,01
revolta	-0,04	0,99	0,83	0,0	13,3	10,3	0,00	0,19	0,14
sofrimento	0,26	-0,91	0,26	0,7	10,4	0,9	0,01	0,18	0,01
solidão	0,78	-0,28	-0,41	3,4	0,5	1,1	0,07	0,01	0,02
tristeza	0,06	0,06	-0,04	0,2	0,2	0,1	0,00	0,00	0,00
vontade de ajudar	-2,39	-0,83	-0,88	51,7	6,9	8,6	0,63	0,08	0,09
Valores próprios	0,53	0,48	0,46	% acumulada = 37,19					
% de inércia	13,36	12,17	11,66						

O primeiro factor revela uma dicotomia nos sentimentos em relação ao doente oncológico em fim de vida, opondo as palavras ansiedade, depressão e dor, a carinho e vontade de ajudar e pena. O segundo eixo sugere-nos, como o primeiro, duas formas de sentir o doente oncológico em fim de vida, opondo impotência, carinho e revolta, a sofrimento, dor, pena e vontade de ajudar. O terceiro factor é caracterizado pelas palavras mal, revolta, incapacidade e medo, que se opõem a um conjunto de termos que demonstram alguma dualidade de sentimentos - ansiedade, depressão, carinho e vontade de ajudar.

Sexo

Todos os sujeitos associam sentimentos negativos ao doente oncológico em fim de vida. No caso dos homens, são traduzidos por ansiedade, desespero, impotência e depressão, enquanto, nas mulheres, emergem o sofrimento e a revolta, o que nos sugere uma dimensão emocional mais forte, direccionada para o que é observável, de forma empática, naquele que sofre e que lhes provoca revolta. Os homens, por sua vez, revelam também a dimensão emocional, caracterizada por sentimentos de mal-estar e impotência, que podem advir da incontrolabilidade da situação (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Coordenadas, contribuições absolutas
Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir ... (por sexo)

Sexo	Coordenadas	Contribuições Absolutas
	F1	F1
Mulheres	-0,11	27,8
Homens	0,28	72,2
	F1	F1
angústia	-0,06	0,9
ansiedade	0,50	20,9
carinho	-0,11	1,0
depressão	0,34	11,2
desespero	0,41	15,5
dor	-0,06	0,8
impotência	0,19	14,3
incapacidade	-0,01	0,0
mal	0,12	1,9
medo	-0,10	2,2
pena	0,10	2,2
revolta	-0,22	9,8
sofrimento	-0,28	14,2
solidão	-0,11	1,0
tristeza	-0,06	2,9
vontade de ajudar	-0,09	1,2

Idade

No que se refere à idade, verificamos, no primeiro eixo que a forma de sentir dos mais velhos caracterizada pelas palavras depressão, impotência, revolta e angústia, difere da dos mais jovens; os primeiros revelam a componente emocional, com expressão de mal-estar, invocado pela ausência de controlo da situação, enquanto os mais jovens salientam uma dimensão emocional interior e empática, definida por pena, desespero e dor (cf. Tabela 31 e Gráfico 23 - Anexo 3). O segundo factor mostra uma aproximação, dos grupos etários 1 e 2, traduzida pelas palavras tristeza e medo. A perspectiva dos sujeitos com mais de 45 anos é caracterizada por uma dualidade de sentimentos, definida por carinho, dor e angústia, sendo carinho a palavra que mais contribui para a explicação do factor. Donde os participantes mais velhos revelarem um maior envolvimento emocional do que os restantes.

Tabela 31 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir ...(por idade)

Idades	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativa	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
18-30	0,19	-0,07	33,3	12,8	0,88	0,12
31-44	-0,45	-0,13	65	15,4	0,92	0,08
+45	-0,06	0,24	1,7	71,8	0,06	0,94
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
angústia	-0,22	0,15	5,7	6,7	0,70	0,30
ansiedade	0,22	0,19	2,1	4,3	0,58	0,42
carinho	-0,17	0,60	1,4	45,7	0,08	0,92
depressão	-0,81	-0,08	33,2	0,8	0,99	0,01
desespero	0,47	0,17	10,2	3,6	0,88	0,12
dor	0,27	0,17	7,1	7,9	0,71	0,29
impotência	-0,23	0,02	10,1	0,3	0,99	0,01
incapacidade	0,08	-0,08	0,5	1,2	0,51	0,49
mal	-0,17	-0,12	1,8	2,7	0,65	0,35
medo	0,11	-0,12	1,5	4,7	0,47	0,53
pena	0,33	-0,11	12,3	3,9	0,90	0,10
revolta	-0,25	0,01	6,5	0,0	1,00	0,00
sofrimento	0,21	0,04	4,0	0,4	0,96	0,04
solidão	0,27	0,14	3,3	2,4	0,79	0,21
tristeza	0,02	-0,12	0,1	14,7	0,02	0,98
vontade de ajudar	0,04	-0,06	0,1	0,6	0,37	0,63

Experiência Profissional

No primeiro eixo, o dicionário dos estudantes é caracterizado por pena, desespero e tristeza que se opõe ao universo semântico que caracteriza os enfermeiros, traduzido por impotência, depressão e carinho; o que nos sugere que os enfermeiros nutrem carinho pelo doente, ainda que se sintam incapazes perante a situação. Os estudantes salientam uma dimensão emocional interior e empática (cf. Tabela 32 e Gráfico 24 – Anexo 3). O segundo factor é caracterizado por sentimentos negativos nos três grupos. Verifica-se, contudo, uma aproximação entre os estudantes e os enfermeiros oncológicos que se traduz nas palavras desespero, solidão, ansiedade, dor e revolta. O dicionário dos enfermeiros não oncológicos é composto pelos vocábulos sofrimento, depressão, mal e pena que traduzem também mal-estar, provavelmente associado a uma forte identificação com a situação do doente e à incapacidade de lidar com ela.

Tabela 32 - Coordenadas, contribuições absolutas e contribuições relativas
Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir ... (por experiência profissional)

Situação Profissional	Coordenadas		Contribuições Absolutas		Contribuições Relativas	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
Estudantes	0,30	-0,06	51,1	7,1	0,96	0,04
Oncológicos	-0,33	-0,12	46,6	21,7	0,89	0,11
Não Oncológicos	-0,08	0,23	2,3	71,2	0,11	0,89
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
angústia	-0,11	-0,06	1,2	1,0	0,81	0,19
ansiedade	-0,29	-0,28	2,9	10,0	0,52	0,48
carinho	-0,57	-0,01	12,5	0,0	1,00	0,00
depressão	-0,65	0,26	17,4	10,1	0,86	0,14
desespero	0,46	-0,35	8,1	17,1	0,64	0,36
dor	0,11	-0,18	1,0	9,7	0,28	0,72
impotência	-0,34	0,04	18,4	1,0	0,99	0,01
incapacidade	0,16	-0,06	1,5	0,8	0,87	0,13
mal	0,25	0,20	3,3	7,9	0,61	0,39
medo	0,16	-0,04	2,6	0,6	0,94	0,06
pena	0,47	0,14	20,4	6,9	0,92	0,08
revolta	-0,19	-0,15	2,9	6,8	0,61	0,39
sofrimento	0,09	0,20	0,6	11,4	0,15	0,85
solidão	-0,18	-0,29	1,2	11,6	0,28	0,72
tristeza	0,13	0,03	4,9	1,2	0,94	0,06
vontade de ajudar	-0,13	0,13	1,1	4,0	0,50	0,50

5.3. Discussão dos resultados

A comparação das respostas dos sujeitos aos diferentes estímulos permite-nos verificar uma maior facilidade na expressão de pensamentos do que sentimentos e emoções (cf. Tabela 33). Tal demonstra uma maior facilidade global dos sujeitos na expressão, cognitiva ou simbólica, de pensamentos, em prejuízo da expressão afectivo-emocional.

As respostas ao estímulo *Morte faz-me pensar...* traduzem, em muito, a ideia do fim da vida (física) e dos sentimentos que surgem perante a morte. Entre as várias dimensões representacionais encontradas, salientamos a morte do corpo, com referência aos rituais fúnebres de expressão da dor, que podem ser acompanhados de pensamentos difusos ou sentimentos, a experiência da morte, que revela os pensamentos dos que ficam e sofrem com a perda e os sentimentos daquele que está a morrer e, ainda, os pensamentos que podem surgir após a morte de alguém, sob duas perspectivas: a morte

visível e os seus rituais e a morte (ou vida) transcendente (Oliveira 1995, 1999, 2004, 2008).

Tabela 33 – Respostas totais por estímulos

ESTÍMULO	IDEIAS, PENSAMENTOS OU IMAGENS		
	MORTE	DOENTE ONCOLÓGICO	DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA
Número total de respostas	182	182	182
Número total de palavras	1137	1077	1071
Número de palavras diferentes	331	333	325
Percentagem de palavras diferentes	29.1	30.9	30.3

ESTÍMULO	SENTIMENTOS OU EMOÇÕES		
	MORTE	DOENTE ONCOLÓGICO	DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA
Número total de respostas	182	182	182
Número total de palavras	814	775	837
Número de palavras diferentes	193	215	217
Percentagem de palavras diferentes	23.7	27.7	25.9

Relativamente aos resultados obtidos para o estímulo *Morte faz-me sentir...*, todas as palavras retidas, excepto alívio – entendido como o fim do sofrimento daquele que está a morrer e daquele que acompanha quem morre – revelam mal-estar face à morte. As palavras mais frequentes (tristeza, medo e impotência) demonstram que a morte, não só causa tristeza, “como assusta e nos remete para a nossa impotência e angústia perante algo que não podemos prever, nem evitar ou sequer controlar” (Oliveira, 1995, p.169). A morte recorda a fragilidade humana e, talvez, a única certeza da vida.

Entre as dimensões representacionais encontradas, salientamos a morte do outro como a perda que invoca a dor, sofrimento e saudade; a morte como fracasso pela sua inevitabilidade e ausência de controlo humano a morte como alívio do sofrimento observável naquele que está a morrer ou que acompanha quem morre.

Os resultados obtidos para o estímulo *Doente oncológico faz-me pensar...*, traduzem o que muitos autores referem em relação à representação da doença oncológica, entre

profissionais de saúde: o doente oncológico é sinónimo de sofrimento, morte e dor (e.g. Die Trill, 2002; Duarte, 2000; Sontag, 1998). Todavia, ao doente oncológico é associada também a esperança (embora com menor expressividade), o que não é estranho em função dos avanços médico-tecnológicos a que assistimos. O doente oncológico é representado pelas alterações da imagem, dependência mas, também, pela esperança, apesar da tristeza que a situação invoca. Este facto dever-se-á, por um lado, a um maior conhecimento do avanço científico na área do tratamento e do diagnóstico precoce que, na prática, se reflecte no aumento da sobrevivência do doente. Por outro lado, o sentimento de esperança poderá ser um pré-requisito para os profissionais de saúde conseguirem um “*coping*” efectivo (Weisman, 1979 cit. Duarte, 2000), ou seja, poderá ser utilizado como um mecanismo de defesa. Poderá ainda ser indicativo de um maior contacto dos sujeitos com situações de sucesso clínico (Whelan, 1984).

Os sentimentos expressos para o estímulo *Doente oncológico faz-me sentir...*, são dicotómicos – impotência, incapacidade, ansiedade, esperança, vontade de ajudar. Isto revela que, apesar dos sentimentos/emoções negativos associados ao doente oncológico, os sujeitos apresentam também vontade de agir sobre a situação. É de salientar que a palavra incapacidade apresenta grande expressividade, o que pode indiciar falta de formação para lidar com as alterações que a doença oncológica produz ao nível físico e emocional, no doente, na sua família e no próprio profissional de saúde (Branco e Pereira, 2006; Khol e Brass, 1959; Neilson et al. 1979, Yeaworth, 1974, autores cit. Whelan, 1984) ou a incerteza do controlo da situação (Duarte, 2000).

Para o estímulo *Doente oncológico em fim de vida faz-me pensar...*, as palavras mais vezes encontradas, embora numa ordem de frequência distinta, coincidem com as referidas para o estímulo *Doente oncológico faz-me pensar...*, o que nos indica que estes conceitos estão de alguma forma ligados, ou seja, que existe uma forte associação do doente oncológico à morte, como referem vários autores (e.g. Cohen et al.1982; Die Trill, 2002; Duarte, 2000; Ferreira, 1996; Peteet et al., 1992 Sontag, 1998).

O primeiro eixo da AFC realizada traduz duas formas de representar o doente oncológico em fim de vida: uma relacionada com a experiência física da doença e outra com a experiência psicológica/emocional, com referência ao sofrimento e dor da família. As palavras com maior expressividade na explicação do primeiro factor são hospital e dependência, o que nos sugere que a morte do doente oncológico, como a morte em geral, é cada vez mais um fenómeno que acontece em meio hospitalar. O segundo factor revela uma forte ancoragem a família e, em menor grau, a sofrimento. Esta associação do sofrimento da família ao cancro está relacionada, não só com a observação do sofrimento do doente, mas também directamente com a doença (Duarte 2000) e o forte

estigma de morte e angústia que lhe são associado. É também reveladora, de uma maior preocupação, por parte dos profissionais, pelo sofrimento da família. O terceiro eixo sugere-nos que a morte do doente oncológico é, também, representada como um momento muito solitário e triste. A morte do doente pode, naturalmente, invocar tristeza. A palavra solidão conduz a uma explicação menos óbvia – a percepção da morte como um momento solitário, sem a presença de pessoas significativas para o doente ou então induzir o pensamento de quem fica e sente a perda.

Para o estímulo *Doente oncológico em fim de vida faz-me sentir...*, verificamos uma forte associação a sentimentos de mal-estar (tristeza, impotência, medo, angústia, pena, revolta). Observamos uma dicotomia de sentimentos. Por um lado, a vontade de ajudar o outro que sofre e pelo qual pode ser nutrido carinho, por outro, os sentimentos de mal-estar (ansiedade, depressão, dor, pena, impotência, revolta, sofrimento), evocados pela inevitabilidade da morte ou pela incapacidade de controlar o sofrimento. Embora sejam associados sentimentos positivos ao doente oncológico em fim de vida, os mesmos estão agregados a mal-estar, o que estará relacionado com a falta de formação dos sujeitos para lidar com a inevitabilidade da morte e o sofrimento.

Passamos, de seguida, à análise dos efeitos de cada uma das variáveis nas representações associadas aos três estímulos.

Sexo

Morte

As mulheres apresentam uma percepção mais ritualista e um maior envolvimento emocional, com referência à família e à solidão que advém da morte daquele que é próximo. Os homens revelam uma representação que traduz o que é observável no outro que está a morrer, com uma forte ancoragem a vida e, em menor grau, a fim de vida e sofrimento. A perspectiva dos homens é mais distante e a das mulheres, mais abrangente. Quanto aos sentimentos, as mulheres revelam um maior envolvimento emocional, com expressão de emoções dicotómicas; por um lado, sentem a solidão, que se relaciona com a perda ou com a solidão do doente; por outro, percebem a morte como um alívio (do sofrimento) e, ao mesmo tempo, como fonte de revolta (pelo sofrimento observado). Os homens revelam sentimentos de mal-estar e vulnerabilidade que advém da sua falta de poder para controlar a morte.

Doente oncológico

As mulheres revelaram uma perspectiva mais positiva e participativa que os homens, para quem o doente com cancro representa a morte, a dor e o desespero. Daí a representação dos homens estar mais próxima da percepção mais comum. As mulheres, pelo contrário, salientam mais dimensões associadas aos cuidados no hospital e ao tratamento da doença. As mulheres revelam sentimentos por vezes dicotómicos: vontade de ajudar aquele que sofre, angústia e revolta (perante o sofrimento observado). Os homens revelam maior dificuldade em lidar com a situação, que lhes provoca ansiedade, provavelmente pela incontrolabilidade sobre a mesma. As mulheres salientam a dimensão emocional e uma atitude mais participativa e pessoal.

Doente oncológico em fim de vida.

Todos percebem o doente oncológico em fim de vida de forma negativa, ao qual associam tristeza e sofrimento. Contudo, as mulheres salientam a componente relacional e uma atitude mais participativa, direccionada para os cuidados que ocorrem em meio hospitalar, onde a família poderá estar presente e ser considerada parte integrante dos cuidados. Os homens apresentam uma percepção com forte ancoragem a morte e em menor grau a sofrimento. Portanto, a percepção das mulheres é mais abrangente e a dos homens mais concreta. Tanto os homens como as mulheres associam ao doente oncológico em fim de vida emoções e sentimentos negativos. Mas, destacar que nos homens o mal-estar advém da ansiedade e desespero, perante a impotência que sentem no controlo da situação, enquanto que, nas mulheres, os sentimentos negativos estão relacionados com a observação, de forma empática, do sofrimento do outro e que lhes invoca o sentimento de revolta. Elas salientam uma dimensão emocional (interior).

Idade

Morte

No primeiro eixo extraído da AFC realizada, verificamos uma aproximação entre os mais jovens e os mais velhos. Ambos revelam a dimensão emocional e uma forte ligação de morte ao desconhecido e a pensamentos difusos que, no caso dos mais jovens, poderão estar associados ao receio da morte e, nos mais velhos, ao contacto mais próximo com a morte. Em oposição, os sujeitos entre os 31-44 anos representam a morte como a perda

daquele que é próximo e revela pensamentos concretos, associados a rituais de expressão da perda. O segundo eixo demonstra que os sujeitos mais velhos apresentam uma perspectiva mais realista e objectiva da morte, sendo a mesma direccionada para os rituais de expressão da perda (luto). Tal estará relacionado com a vivência da morte de uma forma mais próxima, quando comparados com os sujeitos mais jovens, para os quais a morte representa o medo do fim (o seu), aquilo que é desconhecido. Os mais velhos interpretam a morte numa perspectiva do que é observável no outro.

No que concerne aos sentimentos e emoções, à excepção de alívio (do sofrimento), todos os vocábulos expressos mostram desconforto face à morte. Nos mais jovens, os sentimentos de mal-estar advêm da percepção da morte do próprio e estão relacionados com o medo perante o desconhecido e a revolta pela sua inevitabilidade. Nos mais velhos, encontramos três formas de sentir a morte: a morte como fonte de depressão pelo sentimento de perda, a morte como um alívio (do sofrimento) e a morte como fonte de revolta pela sua incontroabilidade. Importa ressaltar que, no segundo eixo, os mais velhos da amostra revelam maior envolvimento emocional e uma forma de sentir a morte mais próxima e mais íntima, ao passo que os sujeitos de 18-30 anos e de 31-44 anos demonstram dimensões de maior exteriorização, com a manifestação de revolta e medo pela sua incapacidade de controlar a situação.

Doente oncológico.

Os mais velhos evidenciam uma representação do doente oncológico mais concreta e direccionada para as alterações físicas (alteração da imagem) e psicológicas causadas pela doença; esta objectividade estará relacionada com a experiência profissional e com os conhecimentos que detêm. Os mais jovens, pelo contrário, revelam uma percepção mais geral e difusa, traduzida nas palavras cancro, tristeza e desespero. No segundo eixo, os sujeitos de 31-44 anos revelam uma interpretação associada à terapêutica (quimioterapia), à qual são agregadas alterações físicas/fisiológicas (e.g. alopecia, náuseas, vômitos); os mesmos evidenciam também uma forte identificação à situação do doente, que se traduz no medo de no futuro eles próprios padecerem da doença ou no medo de lidar com a situação. Entre os três grupos são os sujeitos mais velhos que demonstram maior confiança na cura do doente.

Os sentimentos face ao doente oncológico são distintos entre os mais velhos e os mais jovens. No primeiro eixo, verificamos a oposição entre os sujeitos mais velhos e os de 31-44 anos. Os primeiros, revelam maior envolvimento emocional e uma forma de sentir mais interiorizada e próxima do doente, traduzida por dor, sofrimento e ansiedade. Os

segundos, embora evidenciem a componente emocional através de impotência, revolta e incapacidade, traduzem uma forma de sentir mais exteriorizada, associada à incapacidade de lidar/controlar a situação. Os mais jovens salientam, no segundo factor, a dimensão afectivo-emocional, traduzida por pena, tristeza e vontade de ajudar, representam o que é observável, de forma empática, naquele que está doente e sofre. Em oposição aos mais velhos que, embora evidenciem também a componente emocional nos vocábulos revolta, angústia e impotência, sugerem-nos uma percepção associada ao sentimento de incapacidade para lidar com a situação que provoca revolta. Inferimos que os sentimentos de insatisfação e de falta de controlo/capacidade para lidar com a situação estão mais presentes entre os sujeitos mais velhos.

Doente oncológico em fim de vida

Os mais jovens evidenciam a dimensão afectivo-emocional, expressa por tristeza e contextualizam os cuidados ao doente oncológico em fim de vida no hospital. Os mais velhos revelam uma forte ancoragem do doente oncológico em fim de vida a família, o que os remete para pensamentos relacionados com os que ficam após a perda ou no apoio à família durante o processo de morrer. Este aspecto revela a mudança de atitude face aos elementos de cuidados no fim de vida, que poderão ser o doente e família. Verificamos, no segundo factor, a distinção entre a representação dos sujeitos de 31-44 anos e os que têm mais de 45; a representação dos primeiros é caracterizada por família, morte e solidão, o que se interpreta como a solidão do doente no fim da vida ou a solidão da família após a perda; este grupo revela uma percepção concreta face aos acontecimentos futuros. Os mais velhos, de forma mais abrangente, com referência à experiência física e psicológica do doente, relevam a dependência e sofrimento e contextualizam os cuidados em meio hospitalar, o que estará relacionado com uma vivência mais próxima do fim de vida do doente oncológico.

Os sentimentos expressos pelos sujeitos mais jovens revelam uma dimensão afectivo-emocional, marcada por sentimentos empáticos. Os sujeitos mais velhos demonstram alguma vulnerabilidade e dificuldade em lidar com a situação pela ausência de controlo sobre a mesma. Da análise do segundo eixo sobressai o facto de carinho ser o sentimento mais expresso pelos sujeitos mais velhos. Depreendemos que os sujeitos mais velhos, apesar da dualidade de sentimentos (angústia, carinho, dor), revelam um maior envolvimento afectivo-emocional que os restantes.

Experiência Profissional

Morte

Verifica-se uma clara diferença entre as representações da morte entre estudantes e enfermeiros. Os primeiros evidenciam a dimensão afectivo-emocional, associada ao desconhecido e ao mal-estar perante a morte e os seus pensamentos são direccionados para a vida. A morte, neste grupo, é percebida como a morte do próprio – a minha morte. Os segundos representam a morte de uma forma mais concreta e ritualista, com expressão dos sentimentos/emoções perante a perda e na perspectiva do que é observado no outro. Importa realçar que os enfermeiros oncológicos percebem a morte como um alívio. O que se relaciona com a proximidade da morte e do processo de morrer, assim como de situações debilitantes e desfigurantes, presentes com muita frequência na área de oncologia (Gomes, 1994; Parreira e Sousa, 2000), o que transforma a morte no alívio do sofrimento.

Os sentimentos face à morte diferem em função do contexto profissional. Verificamos, no primeiro factor, duas formas de sentir a morte; uma, que caracteriza os estudantes e que revela uma forte ancoragem ao medo do desconhecido (a morte) e que invoca tristeza; outra que caracteriza os enfermeiros oncológicos, que traduz o que é observável no outro que morre ou que acompanha quem está a morrer, ou no que os próprios poderão sentir, traduzida nos vocábulos alívio (do sofrimento), perda, ansiedade, depressão e solidão. Os enfermeiros não oncológicos sentem a morte com uma certa dualidade: como algo que ultrapassa o seu poder e lhes invoca os sentimentos de incapacidade e impotência, na perspectiva do outro que perde alguém.

Doente oncológico

Os estudantes revelam, no primeiro eixo, uma representação mais geral e difusa. Em oposição, os enfermeiros oncológicos demonstram uma interpretação mais objectiva dos efeitos (sobretudo físicos) da doença e mais positiva em relação à cura da mesma. Os estudantes salientam a componente emocional em relação aos enfermeiros. No segundo eixo, constatamos duas formas de representar o doente oncológico: uma mais objectiva e concreta, em relação aos efeitos da doença e do seu tratamento, que caracteriza os enfermeiros não oncológicos; outra, que define os estudantes e os enfermeiros oncológicos, que traduz, não só, os efeitos da doença e do seu tratamento, mas também

as suas consequências a um nível interior. Estes últimos grupos salientam a componente emocional, em relação aos enfermeiros não oncológicos. Um aspecto que merece alguma reflexão é o facto de, entre os três grupos, os enfermeiros oncológicos serem os que expressam uma atitude mais positiva e confiante, face ao sucesso dos tratamentos, traduzida na palavra esperança. Segundo alguns autores, este aspecto poderá dever-se a um contacto mais próximo com os casos de sucesso terapêutico (Whelan, 1984) e também com a satisfação profissional, que brota das relações estabelecidas com o doente (e.g. Cohen et al.1982; Ferreira, 1996; Peteet et al.1992). Poderá, ainda, ser um mecanismo de “coping” efectivo (Weisman 1979, cit. Duarte, 2000).

No que concerne aos sentimentos/emoções face ao doente oncológico, observamos uma aproximação entre as representações dos estudantes e as dos enfermeiros não oncológicos. Ambos revelam mal-estar associado à incapacidade em lidar com a situação que lhes provoca tristeza. Esta incapacidade relaciona-se com a falta de experiência (e.g. (e.g. Cohen et al.1982; Ferreira, 1996; Peteet et al.1992; 1984) e de formação na área de oncologia (e.g Branco e Pereira, 2006; Khol e Brass, 1959; Neilson et al. 1979, Yeaworth, 1974, autores cit. Whelan, 1984) que permite ao profissional uma maior satisfação e um melhor desempenho. Os enfermeiros oncológicos revelam uma atitude positiva, ligada à esperança. Porém, a mesma associa-se ao mal-estar, relacionado com a ansiedade e a revolta que derivam da incontrolabilidade da doença ou do sofrimento que advém da mesma. No segundo factor, os estudantes evidenciam uma componente emocional e relacional próxima do doente, traduzida em vontade de ajudar, pena e sofrimento. Os enfermeiros não oncológicos evidenciam, também, a dimensão emocional, relacionada com a incapacidade em lidar com a situação, representada na palavra impotência. Este grupo, embora com menor expressividade, manifesta tal como os enfermeiros oncológicos a esperança na cura.

Doente oncológico em fim de vida

Os estudantes são os que mais salientam uma dimensão emocional. Os enfermeiros, de uma forma geral, representam o doente oncológico e o fim de vida mais objectivamente e na perspectiva do que é observável no outro. Os mesmos, quando pensam no doente oncológico em fim de vida, consideram a sua dor e a da família e contextualizam os cuidados em meio hospitalar. Esta objectividade está sem dúvida associada à maior experiência dos enfermeiros e a um maior contacto, dos mesmos, com o fim da vida. No segundo eixo factorial, inferimos duas formas de representação do doente oncológico em fim de vida: na perspectiva do que é observado, que caracteriza os enfermeiros oncológicos e na perspectiva do que é esperado para o futuro, que define os enfermeiros

não oncológicos. Enquanto os enfermeiros não oncológicos dirigem a sua atenção para os que ficam, ou seja para a família e podem representar a morte do doente oncológico como um momento “passado em família”, os enfermeiros oncológicos, por seu turno, percebem o fim de vida como um momento de sofrimento, numa fase da doença em que a pessoa apresenta dependência e poderá sentir-se só.

No que respeita aos sentimentos/emoções perante o doente oncológico, os estudantes salientam a componente emocional de forma empática em relação aos restantes, com uma forte identificação à situação do doente, traduzida por pena, desespero e tristeza. Os enfermeiros revelam sentimentos de impotência e depressão, que são derivados da sensação de derrota perante a doença e a inevitabilidade da morte, ou a incapacidade de controlo do sofrimento. Apesar do mal-estar, os enfermeiros sentem carinho pelo doente. O segundo factor é caracterizado por sentimentos negativos. De uma forma geral, todos os grupos revelam mal-estar, relacionado com alguma incapacidade em lidar com a situação, provavelmente motivada pela falta de formação sobre vários aspectos da doença, para além dos físicos.

Vamos, em seguida, de uma forma breve, tecer algumas considerações sobre a validação das hipóteses que formulámos.

No que concerne à primeira hipótese e à semelhança de outros estudos (e.g. Oliveira, 1995, 1999, 2008) verificamos que o sexo constitui um critério diferenciador na interpretação da morte. As mulheres revelam representações que salientam mais o ritualismo e um maior envolvimento emocional do que os homens. Estes, representam mais o que é observável naquele que está a morrer, com uma forte ancoragem à vida. O mal-estar que revelam advém da sua incapacidade de controlar a morte.

A segunda hipótese, relacionada com a idade, também é comprovada com esta pesquisa. Os mais jovens salientam a dimensão afectivo-emocional relativamente aos restantes. Observa-se, neste grupo, uma interpretação pessoal da morte – a minha morte. Os mais velhos manifestam uma perspectiva mais realista e objectiva da morte, na perspectiva do que é observável no outro que morre, sendo a mesma direccionada para os rituais de expressão da perda.

Também o contexto profissional interfere nas representações da morte, verificando-se a terceira hipótese. Os estudantes demonstram a dimensão afectivo-emocional, associada ao desconhecido e numa perspectiva pessoal. Os enfermeiros representam a morte de uma forma mais concreta e ritualista, com expressão dos sentimentos/emoções perante a perda e numa perspectiva do que é observado no outro.

Na representação do doente oncológico, as mulheres revelam um maior envolvimento emocional e uma atitude mais participativa e pessoal. A percepção do doente, neste grupo, é direccionada para os cuidados no hospital e para o tratamento da doença, o que nos permite confirmar a nossa quarta hipótese. Os homens revelam maior dificuldade em lidar com a situação, que lhes provoca ansiedade, provavelmente pela ausência de controlo sobre a mesma.

Analisando o grupo de idades e o contexto profissional, verificamos que os mesmos actuam na construção da representação social do doente oncológico. Os sujeitos mais jovens e os estudantes salientam a dimensão emocional em relação aos enfermeiros e aos sujeitos mais velhos. Estes demonstram uma interpretação mais objectiva dos efeitos da doença e mais positiva em relação à cura da mesma, que nos permite comprovar as hipóteses cinco e seis do nosso estudo

No que diz respeito à sétima hipótese, verificámos a influência do sexo na representação do doente oncológico em fim de vida. As mulheres salientam, como esperávamos, a componente emocional e relacional e demonstram uma atitude mais participativa e direccionada para os cuidados. Os homens apresentam uma percepção com forte ancoragem a morte e em menor grau a sofrimento.

Em relação ao doente oncológico em fim de vida e aos grupos de idades, verificámos que todos os grupos evidenciam a dimensão afectivo-emocional. Contudo, da análise dos sentimentos expressos, sobressai o facto de carinho ser o sentimento mais expresso pelos sujeitos mais velhos e o que apresenta maior expressividade. Os mais velhos, apesar da dualidade de sentimentos que expressam, revelam um maior envolvimento afectivo-emocional que os restantes. Comprovámos assim a nossa oitava hipótese.

Os dados relativos à experiência profissional revelam que os estudantes realçam a dimensão emocional em relação aos restantes, confirmando a nossa nona hipótese. Os enfermeiros, ao contrário dos estudantes, representam o doente oncológico e o fim de vida mais objectivamente e na perspectiva do que é observável no outro. Os estudantes salientam a componente emocional de forma empática, com uma forte identificação à situação do doente, figurada nas palavras pena, desespero e tristeza.

6. CONCLUSÕES

“Cancer, like death, will be with us always. It is an inevitable part of the biological process that has led to the evolution of Man and the risk of developing cancer is part of the price we pay for the privilege of life.”

Doll (2004, p.1)

A doença oncológica continua a ser um grave problema de saúde pública, sem resolução esperada nos próximos anos (Chang, 2006; Santos, 2006). O cancro e as suas representações, implicam alterações psicossociais que afectam não só o indivíduo e a sua família, como também o colectivo social, influenciando a linguagem e as imagens construídas em redor do medo, que a doença desperta. As representações sociais escusas do doente com cancro relacionam-se com as associações que se estabelecem entre a palavra – cancro – e as vivências da dor, do sofrimento, de mutilação, do morrer e da morte. Este significado sombrio atribuído à doença oncológica, não seria problema se não tivesse impacto no doente, na sua família e no próprio profissional de saúde. Vários estudos revelam que as atitudes dos profissionais perante o doente oncológico estão relacionadas com uma representação negativa da mesma, e que têm repercussões na qualidade do desempenho profissional e influência na opinião dos utilizadores dos serviços de saúde. Podendo mesmo ter reflexo na mortalidade e morbilidade pela doença.

São escassos, os trabalhos científicos, que considerem as representações sociais do doente oncológico, entre enfermeiros, em Portugal. O ênfase da investigação nesta área tem recaído no doente e família. Tendo em conta que a representação de conceitos relacionados com a doença é complexa e que na sua construção estão envolvidos sentimentos e actividades simbólicas e da linguagem partilhadas nos grupos sociais, propusemo-nos desenvolver uma investigação, com base na teoria das representações sociais. Os resultados da nossa investigação dão-nos indicações preciosas mas não os devemos generalizar, uma vez que considerámos uma população específica (alunos de enfermagem do 1º ano, enfermeiros que trabalham em oncológica e enfermeiros que não trabalham em oncologia, residentes em Coimbra) que não é representativa da realidade a nível nacional. Mas fica-nos a vontade e o estímulo para realizar uma investigação com uma população mais abrangente.

No que concerne às representações da morte, de uma forma geral, à semelhança dos resultados revelados por Oliveira (1995, 1999, 2008), encontrámos diferentes dimensões

da morte: a morte do corpo, com alusão aos rituais fúnebres de expressão da dor; a experiência da morte, que revela os pensamentos dos que ficam e sofrem com a perda, os pensamentos/sentimentos daquele que morre e os pensamentos/sentimentos que podem emergir após a morte e no que esta representa. Traduzindo um lado invisível (ou transcendente) e um lado mais concreto, relacionado com as manifestações da perda. As dimensões representacionais para o estímulo *Morte faz-me sentir...* remetem-nos para três formas distintas do sentir a morte: a morte do outro, relacionada com os sentimentos evocados pela perda; a morte como fracasso associada emoções despertadas face à inevitabilidade e ausência de controlo humano sobre a mesma; e a morte como alívio do sofrimento daquele que morre ou de quem o acompanha. A morte recorda a fragilidade humana e a única certeza da vida. Apesar da evolução e de um crescente interesse pela temática, continua a ser o grande tabu e ao mesmo tempo a grande ponte entre todos os homens.

Verificámos, como foi confirmado por Oliveira (1995, 1999, 2004, 2008), que o sexo influencia as representações sociais da morte. As mulheres revelam uma atitude mais ritualista e participativa e um maior envolvimento emocional, com referência à dor da família. Os homens traduzem o que é observável no outro que está a morrer e revelam uma forte ancoragem à vida. Os sentimentos expressos pelas mulheres são heterogéneos: a solidão (do doente, ou da família face à perda futura), o alívio (do sofrimento) e a revolta (pelo sofrimento observado). Os homens traduzem sentimentos de mal-estar, relacionados com a sua falta de controlo sobre a situação.

Constatamos que, de um modo geral, os participantes mais velhos, revelam uma concepção da morte mais objectiva, associada a rituais e a pensamentos difusos perante a perda, na perspectiva do que é observável no outro. Os mais jovens revelam uma representação pessoal – “a minha morte” – com uma forte componente afectivo-emocional, que se traduz no medo da morte como o desconhecido e que invoca sentimentos de mal-estar. Os mais velhos revelam três formas distintas de sentir a morte: a morte do outro, relacionada com os sentimentos evocados pela perda; a morte como revolta, associada a sentimentos despertados face à inevitabilidade e ausência de controlo humano sobre a mesma; e a morte como alívio do sofrimento daquele que morre ou de quem o acompanha.

Verificamos uma nítida diferença nas representações da morte entre estudantes e enfermeiros. Os estudantes, ao contrário dos enfermeiros, interpretam a morte, como o desconhecido e o que provoca mal-estar. A sua percepção é pessoal – a minha morte - e apela os sentimentos de medo, tristeza e sofrimento. Os enfermeiros, por sua vez, revelam

uma representação mais concreta, com referência aos rituais de expressão da perda e na perspectiva do que é observado no outro. Entre enfermeiros, importa realçar, que os oncológicos percebem a morte como um alívio (do sofrimento) e os não oncológicos, como algo que ultrapassa o seu poder e que lhes invoca sentimentos de incapacidade e impotência.

As representações sociais do doente oncológico, na nossa pesquisa, à semelhança do que foi referido por vários autores, (e.g. Die Trill, 2002, Duarte, 2000; Sontag, 1998), traduz uma forte ancoragem ao sofrimento, à morte e à dor. Contudo, é importante realçar é também associada a esperança (da cura). Em geral, o doente é representado como portador de alterações da imagem e dependência, para o qual existe esperança apesar da tristeza que a situação invoca. Os sentimentos que o doente, desperta são dicotómicos por um lado traduzem mal-estar (impotência, incapacidade, ansiedade), por outro, revelam uma necessidade do profissional agir perante a realidade observada (vontade de ajudar, esperança).

As atitudes perante o doente com cancro são distintas entre mulheres e homens (e.g. Cohen et al. 1982). As mulheres revelam, no nosso estudo, uma percepção mais positiva do tratamento e da possibilidade de cura da doença, uma atitude mais activa e um maior envolvimento emocional. Os homens expressam pensamentos/sentimentos que traduzem uma maior incredibilidade na cura da doença e dificuldade em lidar com uma situação à qual associam a morte.

No que diz respeito às idades, constatamos que os sujeitos mais jovens revelam uma percepção mais geral e difusa do conceito e os sentimentos que expressam estão relacionados com o que é observável de forma empática, naquele que está doente e sofre. Os participantes, mais velhos, de uma maneira geral, revelam uma percepção mais objectiva das alterações físicas e psicológicas provocadas pela doença. Os sentimentos que expressam estão relacionados com a impotência e revolta que sentem para lidar com a situação. Importa salientar que os indivíduos mais velhos demonstram maior confiança da cura e um envolvimento emocional mais profundo, quando comparados aos outros.

Todos os grupos profissionais representam o doente oncológico pelas suas alterações físicas (alterações da imagem, dependência). Porém estas são mais salientadas pelos enfermeiros. Os estudantes revelam uma percepção mais geral e difusa do conceito. Os sentimentos associados ao doente oncológico revelam mal-estar. No caso dos estudantes e dos enfermeiros não oncológicos estão relacionados com a incapacidade e a impotência que sentem em lidar com uma situação. Os enfermeiros oncológicos, por sua vez, sentem

ansiedade perante uma doença com um forte estigma associado à morte e revolta pelo sofrimento que podem observar provocado pela mesma. Realçamos o facto de os enfermeiros, sobretudo os oncológicos, revelarem uma perspectiva mais positiva em relação ao doente, traduzida na palavra esperança (na cura).

As dimensões de significação referentes ao doente oncológico em fim de vida traduzem duas formas de representar o conceito: uma relacionada com a experiência física; outra com a experiência psicológica/emocional, com uma forte referência à família. O fim de vida do doente oncológico, como a morte de uma forma geral, é contextualizado no hospital e pode ser interpretado como um momento solitário, envolto em tristeza ou induzir o pensamento para quem fica e sente a perda, neste caso a família. Os sentimentos despertados pelo fim de vida, do doente oncológico, por um lado revelam mal-estar (ansiedade, depressão, dor, pena, impotência, revolta, sofrimento) e, por outro, a inquietude do ser humano em ajudar aquele que sofre (vontade de ajudar, carinho).

Ambos os sexos percebem o doente oncológico em fim de vida de forma negativa associando-lhe mal-estar. Contudo, as mulheres revelam uma atitude mais participativa, com referência aos cuidados em meio hospitalar, onde a família poderá estar presente. O envolvimento emocional, das mesmas, é mais evidente. Os homens apresentam uma forte ancoragem do conceito à morte e ao mal-estar que expressam, estão relacionados com a incontroabilidade da situação. A percepção das mulheres é mais abrangente e a dos homens, mais concreta.

Os sujeitos mais jovens evidenciam uma dimensão emocional, e percebem os cuidados em fim de vida ao doente oncológico no hospital. Os mais velhos, revelam uma forte ancoragem a família, que os remete para os pensamentos relacionados com os que ficam após a perda ou no apoio à família durante o processo de morrer. Tal é revelador de uma mudança de atitude face aos elementos, para os quais, são dirigidos os cuidados em fim de vida, que poderão, neste caso, ser considerados o doente e a sua família. Os sentimentos expressos, por estes grupos, de uma forma geral, revelam mal-estar relacionado com a dificuldade que sentem em lidar com a situação. Devemos realçar que os sujeitos com mais de 45 anos, apesar da dualidade de sentimentos que demonstram revelam uma maior envolvimento afectivo que os restantes e uma percepção mais abrangente do conceito, com referência à experiência física e psicológica/emocional do doente.

As representações do doente oncológico em fim de vida são mais objectivas e abrangentes entre enfermeiros fazendo os mesmos, referência à dor da família, quer

durante o processo de morrer, quer após a morte. Os sentimentos expressos, de uma forma geral, nos três grupos, revelam mal-estar relacionado com a incapacidade em lidar com a situação. Importa salientar que os enfermeiros sentem carinho pelo doente, apesar dos sentimentos negativos que lhe são associados.

Esta investigação permitiu-nos compreender um pouco melhor as representações que os enfermeiros e os estudantes de enfermagem têm do doente oncológico, do doente oncológico em fim de vida e da morte. Um dos aspectos que ressalta desta pesquisa é a forte associação do doente oncológico à morte e a interpretação dos conceitos doente oncológico em fim de vida e doente oncológico como próximos, apesar dos avanços dos meios de diagnóstico e terapêuticos negarem cada vez mais esta relação.

No decorrer da reflexão inspirada pela pesquisa bibliográfica e pelos resultados obtidos, consideramos que, no futuro, será importante efectuarem-se mais pesquisas em Portugal centradas nas atitudes dos enfermeiros perante a doença oncológica, nomeadamente, para se perceber em que medida estas influem na opinião pública e que impacto têm na prevenção, recuperação e prognóstico da doença. Consideramos igualmente relevante o estudo das representações sociais da doença oncológica entre enfermeiros que desempenhem funções em diferentes áreas de oncologia.

Concluimos que existe ainda um longo caminho a percorrer no sentido de alterar o prenúncio de morte associado ao doente oncológico. A mudança da percepção da doença só será possível quando os profissionais de saúde, alterarem a representação perniciosa que revelam da doença. Contribuirá para esse facto um melhor conhecimento dos avanços na área de oncologia e a aplicação e avaliação de programas de formação dirigidos a profissionais. O reflexo último destas actividades será uma maior adesão a medidas preventivas, um tratamento precoce da doença, uma melhor qualidade de vida para o doente e a família e, consequentemente, uma diminuição da mortalidade e morbilidade relacionada com o cancro.

REFERÊNCIAS

- Albrecht, G. et al. (1982). "Distance from the stigmatized: a test of two theories". *Science and Medicine*, 16, 1319 - 1327.
- Albuquerque, A. (1987). *Stress: Causas, prevenção e controlo*. Lisboa: Texto Editora.
- Allen, H. et al. (1984). Attitudes towards cancer: Development of the cancer attitudes questionnaire. *Cancer*, 54, 1124 – 1129.
- Amândio, L. & Carapinheiro, G. (1993). Dimensões do poder e do saber: Uma abordagem exploratória. In M.E. Gonçalves (Ed). *Comunidade Científica e Poder*. Lisboa: Edições 70.
- Andreu, Y. (2002). Personalidad Tipo C – Historia y validez del concepto. In M.R. Dias & E. Durá. (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores, 399 - 426.
- Antunes, J. (2002). *Memória de Nova Iorque e Outros Ensaios*. 2ª Ed. Lisboa: Gradiva.
- Ariès, P. (1989). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema.
- Ariès, P. (1992). *O Homem perante a morte (I e II)*. Lisboa: Publicações Europa - América.
- Astudillo, W & Mendinueta, C. (1997). Necesidades de los pacientes en fase terminal. In W. Astudillo et al. (Eds). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Navarra: EUNSA, 67 – 76.
- Barbosa, A. (2002). Pensar o morrer nos cuidados de saúde. *Análise Social*, 166, 1 - 15.
- Barón, M. et al. (1996). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo com cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barros, J. (1998). *Viver a morte: Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Bayés, R. (1995). Aspectos psicologicos del enfermo con cáncer : El impacto psicologico del cáncer. In M. G. Baron et al. (Eds), *Tratado de medicina paliativa*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 27 – 39.
- Bayés, R. & Barreto, M.P. (1992). Las unidades de cuidados paliativos como ejemplo de interdisciplinariedad. *Clínica y Salud*, 3, 11-19.
- Bilro, E. (2004). Medidas preventivas em oncologia. In M. Bilro & A. Cruz (Eds). *Enfermagem oncológica*. Coimbra: Formasau, 41 – 40.
- Bishop, G. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Blanco, A., et al. (2002). Percepción subjetiva del cancer. In M.R.Dias & E.Durá. (Eds). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores, 605 – 637.
- Bonassa, E. (2005). *Enfermagem em Terapêutica Oncológica*. 3ª Ed. São Paulo: Atheneu.
- Bradbury, M. (1999). *Representations of death*. London and New York: Routledge.
- Branco, I. & Pereira, M. (2006). Representação do cancro :Testemunhos de alunos de um curso de licenciatura em enfermagem. *Revista de Ciências da Saúde de Macau*, 6, 1, 13-17.
- Bravo, M. (1998). Epidemiologia del Cancer. In M. G. Baron et al (Eds.) *Oncología clínica 1: Fundamentos y patología general*. 2ª Ed. Madrid: McGraw – Hill Interamericana, 93 – 113.
- Brooks, A. (1979). Public and professional attitudes toward cancer: a view from Great Britain. *Cancer Nursing*. December, 453 – 460.
- Calvo, F. et al. (1998). Principios de radioterapia (II). In M. G. Baron et al (Eds.). *Ontología clínica 1: Fundamentos y patología general*, 2ª Ed.. Madrid: McGraw – Hill Interamericana, 341 – 355.

- Carapinheiro, G. (2002). Prefácio. In M.R. Dias & E. Durá (Eds). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Carrato, A. et al. (1998). Hormonoterapia. In M. G. Baron et al (Eds) *Ontología clínica 1: Fundamentos y patología general*. 2ª Ed. Madrid: McGraw – Hill Interamericana, 501 – 515.
- Casado, E. et al. (1998). Prevención primaria e inhibidores de la proliferación tumoral. In M. G. Baron et al (Eds.). *Ontología clínica 1: Fundamentos y patología general*. 2ª Ed. Madrid: McGraw – Hill Interamericana, 283 – 303.
- Caseiro, A. et al. (1997). *Cadernos de oncologia: Agentes antineoplásicos*. 3ª Ed: Novartis.
- Cerqueira, M. (2005). *O Cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau.
- Chacón, J. et al., (1998). Principios de radioterapia (I). In M. G. Baron et al (Eds.) *Oncología clínica 1: Fundamentos y patología general*. 2ª Ed. Madrid: McGraw – Hill Interamericana, 329 – 339.
- Chang, S. et al. (2006). Epidemiologia do cancer. In R. E. Pollock, et al. (Eds.) *Manual de oncologia Clínica da UICC*. 8ª Ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo & Wiley, 5, 91 - 120.
- Cohen, E. et al. (1982). Attitudes towards cancer: A comparative analyses of cancer patients, medical Students, medical residents, physicians and cancer Educators, *Cancer*, 50,1218 – 1223.
- Colmenarejo, A. et al. (1998). Principios de inmunoterapia. In M. G. Baron et al (Eds.) *Oncología clínica 1: Fundamentos y patología general*. 2ª Ed Madrid: McGraw – Hill Interamericana, 507 – 515.
- Conde, J. (1986). *O essencial sobre cancro*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Costa, M. et al., (2005). *Cancro e a qualidade de vida: A quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Sintra: Novartis.
- Darmon, P. (1993). *Les Cellules Folles: L´homme face au cancer de L´Antiquité à nos Jours*. Paris: Plon.
- De Rosa, A. (1988). *Sur l´usage des associations livres dans l´étude des représentations sociales de la maladie mentale*. Connexions. 51, Rome: Université de Rome.
- De Vita et al (2001). *Cancer: Principles e practice of oncology*.1. 6ª Ed. London: Lippincott Williams e Williams.
- Di Giacomo, J. (1981). Aspects méthodologiques de l´analyse des représentations sociales. *Cahiers de psychologie cognitive*, 1, 397-422.
- Die Trill, M. (2002). Cultura Y cáncer. In M.R. Dias & E. Durá. (Eds.). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores, 639 – 651.
- Diloreto, S. (2002). Cancro e doença cardíaca: como reduzir riscos. Lisboa: *Patient Care*. 67, 47-61.
- Doise, W. (1982). *L´Explication en psychologie sociale*. Paris: PUF.
- Doise, W. (1984). Social representation inter-group experiments and levels of analysis. In R. Farr e S. Moscovici (Ed.). *Social representations*. Cambridge: University Press.
- Doise, W. (1989). Atitudes et représentations sociales. In D, Jodelet (Ed.). *Les représentations sociales*. Paris: PUF.
- Doll, R. (2004). *Manual do Curso de Mestrado em Oncologia 2004/2006*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar & Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Centro Regional do Porto, 1.
- Duarte, M.D. (2000). A representação do cancro nos enfermeiros. *Revista Enfermagem*, 2, 19, 36 – 44.
- Eiser, J. et al (1995). *Skin cancer attitudes: A cross national comparison*. Br. J. Soc. Phychol., 34, 23 – 30.

- Faragher, E. & Cooper, C., (1990). Type A stress prone behaviour and breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 20, 663 – 670.
- Faragher, E. & Cooper, C. (1997). Correspondence. *Psychosomatic Medicine*, 27, 497 -499.
- Farr, R. (1992). La représentation sociale: La théorie et ses critiques. *Bulletin de Psychologie*. 405, 183 – 188.
- Feldman, F. (1982). Work and cancer health histories. In J. Cohen et al. (Eds.) *Psychosocial aspects of cancer*. New York: Raven Press.
- Fernandes, H. (1999). Reflectindo sobre a morte do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 8, 38 - 40.
- Fernandes, O. & Lopes, M. (2002). Corpo, saúde e doença: Que representações dos enfermeiros?. *Revista Investigação em Enfermagem*, 6, 4 – 17.
- Ferreira, N. (1996). O câncer e o doente oncológico segundo a visão de enfermeiros. *Revista brasileira de cancerologia*, 42, 3,161 – 170.
- Ferreira, N. et al. (2005). Trying to understand the cancer patient experience. *Revista Ciências Médicas*, 14, 3, 239 - 248.
- Ferreira, P. (2001). Satisfação profissional dos enfermeiros do centro regional de oncologia de Coimbra: Estudo descritivo das relações com padrões de vinculação, ansiedade perante a morte e interesses vocacionais. *Revista investigação em enfermagem*, 4,20 - 28.
- Ferreira, P. (2005). Algumas considerações para a compreensão da ansiedade perante a doença terminal e a morte. *Revista Sinais Vitais*, 58,41 – 45.
- Filho, G.(1994). *Patologia*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Fiore, C. (1994). *Os temas mal ditos*. Porto: Ed. Salesianas.
- Flores, F. (1993). *Cemitérios de Lisboa: Entre o real e o imaginário*. Lisboa: C. M. de Lisboa.
- Giuntoli, R. & Macleod, U. (2007). Como melhorar a detecção de cancros comuns no adulto. *Patient Care*, 12,125, 68 – 84.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1966). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine.
- Gomes, A. (1996). Os profissionais de saúde perante a doença grave. *Psiquiatria clínica*. 17, 3,209-211.
- Gomes, S. & Testas, J. (2001). O enfermeiro perante o doente em situação terminal: Como cuidar da vida no final da vida?. *Revista Sinais Vitais*, 38, 43 – 46.
- Gómez, X. et al. (1990). Enfermos terminales. *Rol de Enfermería*, 136, 10 - 13.
- Gorer, G. (1963). *Death, grief and mourning*. New York: Doubleday.
- Greer, S. & Morrey, S. (1987). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer. *European Journal of Surg Oncology*, 13,1 - 6.
- Harvard Medical School (2002). Prevenir o cancro: Guia prático para uma vida saudável. *Parte integrante da Revista Visão*,476. Queluz de Baixo: Lisgráfica.
- Hennezel, M. (1997). *Diálogo com a morte*. Lisboa: Ed. Notícias.
- Hennezel, M. (2001). *Nós não nos despedimos*. Lisboa: Ed. Notícias.
- Henriques, M. et al. (1993). O enfermeiro e a morte. *Servir*, 43,1: 9 – 17.
- Imbault-Huart, M. (1991). História do cancro. In *As doenças têm historia*. Lisboa: Terramar, 175 – 186.
- Jodelet, D. (1984). Représentation sociale: Phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici (Ed.) *Psychologie Sociale*. Paris: PUF.

- Jodelet, D. (1985). La representation social: Fenómenos, concepço y teoria. In S. Moscovici (Ed.). *Psicología Social*. Barcelona: Paidós, 469 – 494.
- Jodelet, D. (1989). Les représentations sociales: Un domaine en expansion. In D. Jodelet (Ed), *Les représentations sociales* Paris: PUF.
- Justo, J. (2002). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas: Etiologia, intervenção e articulações. In M.R. Dias, & E. Durá. (Eds). *Territórios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores, 51 - 73.
- Kastan, M. & Skapek, S. (2001). Molecular biology of cancer: The cell cycle. In V.T. De Vita et al (Eds). *Cancer: Principles e practice of oncology.1*. London: Lippincott Williams e Williams. 6^a Ed. 91 – 110.
- Kastenbaum, R. (2001). *Death, society and human experience*. 7^a Ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Katz, R. et al. (1995). Cancer awareness and self-examination practices in young men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 377 – 384.
- Koh, K. & Lee, B. (1998). Reduced lymphocyte proliferation and interleukin-2 production in anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, 60, 479 – 483.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Kubler-Ross, E. (1991). *Sobre a morte e o morrer*, São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Kubler-Ross, E. (2008). *Acolher a morte*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Larrauri, J. (1998). Anatomia patológica. In M. G. Baron et al (Eds.) *Ontología clínica 1: Fundamentos y patología general*, 2^a Ed. Madrid: McGraw – Hill Interamericana, 201 – 210.
- Le Boudec, G. (1984). Contribution à la méthodologie d' étude des représentation sociales. *Cahiers de psychologie cognitive*, 4, 245 – 252.
- Leitão, L. (2005). Atitudes dos enfermeiros perante a doença oncológica. *Revista Nursing*, 16,204,9 – 13.
- Liu, G & Robins, H. (2006). A História natural e a biologia do cancer. In R.E. Pollock et al. (Eds.) *Manual de oncologia clínica da UICC*. 8^a Ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo & Wiley, 1,1 - 41.
- Lopes, A. (1996). Estadiamento do câncer. In: Murad & A. Katz (Eds.). *Oncologia: Bases clinicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 36 – 40.
- Mackillop, W. et al. (2006). O Papel do estadiamento do cancer na medicina baseada em evidências. In R. E. Pollock et al. (Eds.) *Manual de oncologia clínica da UICC*. 8^a Ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo & Wiley, 9,191 - 208.
- Marques, A. (1995). À procura da idade do cancro nas centúrias de Amato Lusitano. *Medicina na Beira Interior da Pré - Historia ao Século XX cadernos de cultura*. 9, 22 - 25.
- Marques, H. & Pimentel, F. (1996). *Oncologia para clínicos gerais*. Porto: Mevlor.
- Martín, L.. & Téllez, L. (1998). Principios de cirugía oncológica. In M. G. Baron et al (Eds.) *Oncología clínica 1. Fundamentos y patología general*.2^a Ed. Madrid: McGraw – Hill Interamericana, 305 – 315.
- Martínez, E. & Barreto, M. (2002). Cuidados paliativos a la persona en la fase terminal de la vida. In M.R. Dias, & E. Durá. (Eds.). *Territorios da psicologia oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores, 528 – 545.
- Martins, A. & Silva, Y. (2002). Doenças oncológicas e representações sociais. *Revista Referência*, Novembro, 9, 9 – 24.

- McCray, N. (2000). Questões psicossociais e da qualidade de vida. In S.E. Otto (Ed.) *Enfermagem em Oncologia*. 3ª Ed. Loures: Lusociência, 894 - 912.
- McCafrey, D. (1985). Cancer, anxiety and quality of life. *Cancer nursing*, 3,8,151 - 158.
- Mercês, N. & Marcelino, S. (2004). *Enfermagem oncológica : A representação social do câncer e o cuidado no domicílio*. Blumenau: Nova Letra.
- Mills, G. & Rieger, P. (2006). Predisposição genética ao câncer. In R. E. Pollock et al. (Eds.) *Manual de oncologia clínica da UICC*. 8ª Ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo & Wiley, 4. 63 - 89.
- Moore, G. (1996). Cuidados gerais ao paciente canceroso: Carcinogénese. In M.E. Wood, e P.A. Bunn (Eds). *Segredos em hematologia/oncologia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 203 - 210.
- Monteiro, M. (2004). O doente submetido a radioterapia. In M. Bilro & A. Cruz (Eds). *Enfermagem oncológica*. Coimbra: Formasau, 71 - 82.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Morin, E. (1988). *O homem e a morte*. Lisboa: Publicações Europa – América.
- Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1976). *La Psychanalyse, son image et son public*. 2ª Ed. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (1981). On social representations. In J. Forgas (Ed.), *Social cognition – perspectives on everyday understanding*. London: Academic Press.
- Moscovici, S. (1984). The Phenomenon of social representations. In R. Farr & S. Muscovici (Eds.) *Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211 – 250.
- Moscovici, S. (1989). Des representations collectives aux représentations Sociales. In D. Jodelet (Ed.), *Les représentations sociales*, Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1994). Introduction le domaine de la psychologie sociale. In S.Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. & Hewstone, M. (1983). Social representation and social explanations: from the “naive” to the “amateur” scientist. In M. Hewstone (Ed). *Attribution Theory*. Oxford: Basil Blackwell.
- Moscovici, S. & Hewstone, M. (1984). De la science au sens commun. In S. Moscovici (Ed). *Psychologie Social*. Paris: PUF.
- Murad, A. (1996). Introdução. Aspectos etiobiológicos do câncer. In A.M Murad & A. Katz (Eds). *Oncologia: Bases clinicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 3 - 8.
- Murad, A. & Katz, A. (1996). *Oncologia: Bases clinicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Nascimento – Schulze, C. (1995). *Dimensão da dor no câncer: Reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde*. São Paulo: Robe.
- Navarro et al., (1998). Terapia génica. In M. G. Baron et al (Eds.) *Oncología clínica 1: Fundamentos y patología general*. 2ª Ed. Madrid: Mcgraw – Hill Interamericana, 535 – 563.
- Nelson, D. et al. (1989). Attitude to cancer: psychometric properties of filting spirit and denial. *Journal of Behavioral Medicine*. 12, 341 – 355.
- Neto, I. (1998). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Asta Médica.
- Netto, A. (1987). *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

- Newlin, N. & Wellisch, D (1978). The oncology nurse: Life on an emotional roller coaster. *Cancer Nurs* 1, 447-449.
- Nóbrega, S. (2001). Sobre a teoria das representações sociais. In A.S.P Moreira (Ed.) *Representações sociais: Teoria e pratica*. João Pessoa: Editora Universitária, 55 – 87.
- Nunes, R. (2004). Principais efeitos secundários da hormonoterapia, imunoterapia e quimioterapia. *Intervenções de Enfermagem*. In M. Bilro & A. Cruz (Eds). *Enfermagem Oncológica*. Coimbra: Formasau, 85 - 102.
- Odgen, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, A. (1995). Percepção da morte: A realidade interdita. *Tese de Mestrado em Psicologia Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Oliveira, A. (1999). *O Desafio da morte*: Convite a uma viagem interior. Lisboa: Editorial Notícias.
- Oliveira, A. (2004). Ilusões: A melodia e o sentido da vida na idade das emoções: Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência. *Tese de Doutoramento*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Oliveira, A. (2008a). *Ilusões na idade das emoções: Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Lisboa: FCT/Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oliveira, A. (2008b). *O Desafio da morte*. Lisboa: Âncora Editora (2ª edição, revista e ampliada).
- Oliveira, A. & Amâncio, L. (2005). A análise factorial de correspondência no estudo das representações sociais da morte e do suicídio na adolescência. In A. Moreira et al. (Eds.) *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. Paraíba: Ed. Universitária UTPB, 323 – 362.
- Oliveira, A. & Amaral, V. (2007). A análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: Uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, Série 2 (XXV), 43-65.
- OMS (1990). *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cancer*. Informe de un Comité de Expertos de la OMS, Serie de Informes Técnicos, 804, 9, 60 - 62.
- Ortiz, J. (2000). Consideraciones actuales sobre el morir. In E. Imedio (Ed.) *Enfermaría en Cuidados Paliativos*. Madrid: Editorial Medica Panamericana, 9 – 12.
- Parreira, P. & Sousa, F. (2000). Contacto com a morte e Síndrome de Burnout: Estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1,17 - 23.
- Pereira, C. (1997). A análise de dados nas representações sociais. *Análise Psicológica*, 15, 1, 49 – 62.
- Pereira, M. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peteet, J. et al. (1992). Relationships with patients in oncology: Can a clinician be a friend?. *Psychiatry*. 55, 223 – 229.
- Petersdorf, R. et al. (1994). *Harrison – Medicina Interna*. 1,10ª Ed :Guanabara Koogan.
- Pfeifer, K.A. (2000). Aspectos clínicos do diagnostico do cancro: Fisiopatologia. In S.E. Otto (Ed.) *Enfermagem em Oncologia*. 3ª Ed. Loures: Lusociência. 3 - 22.
- Pinto, V. (1991). Entre a vida e a morte a razão da esperança. *Servir*. 39, 1, Jan-Fev, 8 – 22.
- Pollock, R.E. et al. (2006). *Manual de oncologia clínica da UICC*. 8ª Ed. São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo & Wiley.
- Rebello, J. (2004). *Desatar o nó do luto*. Lisboa: Editorial Notícias.

- Recco, D. et al. (2005). O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. *Arquivo Ciências da Saúde*, Abril/Junho, 12, 2, 85 – 90.
- Regateiro, F. (2004). Genes e Cancro. In M. Bilro & A. Cruz (Eds). *Enfermagem oncológica*. Coimbra: Formasau, 13 – 21.
- Reynaert, et al. (2000). Psychogenénese du cancer: Entre muthes, tabus e réalité. *Bull cancer*. 87, 655 – 664.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. (2006). Prefácio. In C. Santos (Ed). *Doença oncológica: Representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.
- Rieger, P. (2000). Estratégias terapêuticas do cancro: Bioterapia. In S.E. Otto, (Ed.). *Enfermagem em Oncologia*. 3ª Ed. Loures: Lusociência, 631 – 676.
- Rodeia, J. (1998). O enfermeiro perante o doente terminal. *Servir*. 46, 3, 111 – 113.
- Rodrigues, V. (2001). O profissional de saúde e o doente moribundo. *Revista Hospitalidade*, 65, 252, 11 – 14.
- Ross, D. et al. (1992). Difference between nurses and physicians approach to denial in oncology. *Cancer Nursing*, 15, 6, 422 – 428.
- Sá, C. (1992). *O conceito e o estado actual da teoria*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Sánchez, J. & Barón, M. (1996). Aspectos éticos de la fase Terminal. III: Preservation de la dignidad. El respeto a la debilidad. In M. Barón et al. (Eds.) *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 1243 – 1255.
- Santos, C. (2006). *Doença Oncológica: representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.
- Schmale, H. et al. (1983). Well-being of cancer survivors. *Psychosomatic Medicine*. 45, 163 – 169.
- Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Silva, M. (1995). *Em nome da vida : Portugal e o cancro*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Sloan, D. (2006). Rastreamento e detecção precoce. In R.E. Pollock et al (Eds.) *Manual de oncologia clínica da UICC*. 8ª Ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo e Wiley, 7, 139 – 158.
- Sontag, S. (1998). *A Doença como metáfora e a sida e as suas Metáforas*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Sousa, P. (1996). As representações da morte e o ensino de enfermagem. *Revista Enfermagem Oncológica*, Outubro, 0, 39 – 45.
- Sousa, P. (1997a). As representações sociais. *Revista Enfermagem Oncológica*, 1, 58 – 62.
- Sousa, P. (1997b). A morte e o processo de morrer. *Revista Enfermagem Oncológica*, 2, 23 – 29.
- Sousa, P. (1997c). As representações sociais no campo educativo. *Revista Enfermagem Oncológica*, 3, 57 – 61.
- Spink, M. (1993). O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Publica*. Rio de Janeiro, 9, 3, 300 - 308.
- Spink, M. & Gimenez, M. (1997). *Representações e estratégias de enfrentamento e bem estar – psicológico após câncer de mama* : Polígrafo.
- Stedeford, A. (1986). *Encarando a morte: Uma abordagem do relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Suárez, E. (1998). *Cuando la muerte se acerca*. Caracas: McGraw – Hill Interamericana.
- Tang, T. et al. (1999). The role of cultural variables in breast self-examination and cervical cancer screening behaviour in young asian women living in the United States. *Journal. of Behavior Medicine*, 22, 419 – 436.
- Tavares, C. & Teixeira, E. (1998). Trabalhando com representações sociais em enfermagem. In J. Gauthier et al (Eds.). *Pesquisa em enfermagem: Novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 51 – 59.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Toward an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 3, 545 - 567.
- Temoshok, L. et al. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 139 – 154.
- Turrisi, R. et al. (1999). Examination of cognitive variables relevant to sunscreen use. *Journal. of Behavior Medicine*, 22, 493 – 509.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vala, J. (1986). Sobre as representações sociais: Para uma epistemologia do senso comum. *Cadernos de Ciências Sociais*. 4, 5 – 30.
- Vala, J. (1993). As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social. *Análise Social*, 28, 887 - 919.
- Vala, J. (1993). Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social. In J. Vala e M. B. Monteiro (Eds.) *Psicologia Social*. Lisboa: F.C. Gulbenkian, 353 – 384.
- Vieira, M.J. (1999). A representação do cuidar na imagem cultural de enfermagem. *Revista Latino – americana de Enfermagem*, 7, 5, 25 – 31.
- Whelan, J. (1984). Oncology nurses attitudes toward cancer treatment and survival. *Cancer Nursing*, October, 375 – 383.
- Wirsching et al. (1982). Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 1 - 10.
- Wright, E.P. et al. (2002). Social problems in oncology. *British Journal of cancer*, nº 87, 1099 - 1104

ANEXOS

Anexo 1

Questionário



Num ____

No âmbito de um Curso de Mestrado em Oncologia estamos a efectuar um estudo em diferentes Unidades de Saúde e Escolas Superiores de Enfermagem de Portugal, coordenado pelo Prof. Abílio Oliveira, sobre questões de interesse para a saúde pública.

A sua opinião é, para nós, muito importante.

Neste questionário **não existem respostas certas ou erradas** mas apenas as opiniões pessoais de cada um. As suas respostas são **anónimas e confidenciais**. Destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica.

Agradecemos a sua colaboração.

Vamos em seguida apresentar-lhe algumas palavras ou afirmações. Para cada uma delas escreva todas as palavras que lhe vêm à cabeça neste momento.

Vejamos dois exemplos, utilizando a palavra “saúde”:

SAÚDE faz-me pensar em:

(referir ideias, pensamentos ou imagens)

- 1 – alimentação saudável
- 2 – exercício físico
- 3 – consultas de rastreio
- 4 – enfermeiros
- 5 – hábitos de vida saudáveis
- 6 – centro de saúde

SAÚDE faz-me sentir:

(referir emoções ou sentimentos)

- 1 – bem
- 2 – activo
- 3 – alegre
- 4 – com apetite
- 5 – cheio de energia
- 6 – vigor

Pedimos-lhes que responda de forma sincera e **espontânea**.

Agradecemos que escreva **todas as palavras que lhe ocorram**.

Procure ser **o mais rápido possível**.

Doente Oncológico faz-me Pensar em:
(referir ideias, pensamentos ou imagens)

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____
- 4 - _____
- 5 - _____
- 6 - _____
- 7 - _____
- 8 - _____
- 9 - _____
- 10 - _____

Doente oncológico faz-me Sentir:
(referir emoções ou sentimentos)

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____
- 4 - _____
- 5 - _____
- 6 - _____
- 7 - _____
- 8 - _____
- 9 - _____
- 10 - _____

Doente oncológico em fim de vida faz-me Pensar em:
(referir ideias, pensamentos ou imagens)

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____
- 4 - _____
- 5 - _____
- 6 - _____
- 7 - _____
- 8 - _____
- 9 - _____
- 10 - _____

Doente oncológico em fim de vida faz-me Sentir:
(referir emoções ou sentimentos)

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____
- 4 - _____
- 5 - _____
- 6 - _____
- 7 - _____
- 8 - _____
- 9 - _____
- 10 - _____

Morte faz-me Pensar em:
(referir ideias, pensamentos ou imagens)

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____
- 4 - _____
- 5 - _____
- 6 - _____
- 7 - _____
- 8 - _____
- 9 - _____
- 10 - _____

Morte faz-me Sentir:
(referir emoções ou sentimentos)

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____
- 4 - _____
- 5 - _____
- 6 - _____
- 7 - _____
- 8 - _____
- 9 - _____
- 10 - _____

Antes de terminar, por favor, dê-nos ainda algumas informações sobre si.

AS SUAS RESPOSTAS SÃO ANÓNIMAS E CONFIDENCIAIS

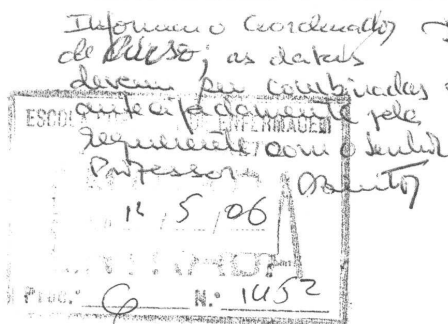
Sexo: masculino ☐ feminino ☐
Idade: ____ anos.
Local de trabalho: _____
Tempo de serviço no serviço actual _____

Se desejar, pode escrever aqui algum COMENTÁRIO:

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo 2

Pedidos de autorização



Informo o Coordenador do curso, as datas de início e fim das aulas, para a realização da recolha de dados, de acordo com o plano de trabalho, e a autorização do professor responsável.

Doado que a autora possui informações de conhecimentos científicos e profissionais, e autorizado

Ex.ª Sr.ª Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto
Rua 5 de Outubro, São Martinho do Bispo
Apartado 7093
3041-801 Coimbra

Eu, Filomena da Conceição Pinto Correia Martins, enfermeira graduada no Serviço de Medicina Paliativa do Hospital do Fundão/Centro Hospitalar Cova da Beira EPE a frequentar o Mestrado em Oncologia no Instituto Abel Salazar, venho solicitar a Vossa Exa. que se digne a autorizar a aplicação do instrumento de recolha de dados, no âmbito da tese "Ecos em Fim de Vida - Representações Sociais do Doente Oncológico em Enfermagem", aos alunos do 1º ano do curso superior de Enfermagem da escola que tão honradamente dirige, numa data a combinar durante os meses de Maio e Junho.

Os objectivos principais do nosso estudo são:

- Compreender o modo como os enfermeiros e os futuros enfermeiros representam o doente oncológico e a morte; verificar as diferenças e semelhanças das dimensões representacionais obtidas em função da experiência profissional, do género e da idade; correlacionar as representações encontradas.

Durante a recolha de dados será mantida a confidencialidade dos mesmos e todos os princípios inerentes ao processo de investigação serão respeitados.

No sentido de facilitar a análise e decisão do meu pedido, junto anexo o instrumento de recolha de dados elaborado para a realização do estudo supracitado.

Agradeço desde já a atenção dispensada e aproveito referir a minha disponibilidade para colaborar com a escola em outros projectos futuros, nesta área temática.

Com os meus melhores cumprimentos,

Pede deferimento

Filomena da Conceição Pinto Correia Martins

(Filomena da Conceição Pinto Correia Martins)
(2006/05/10)

Contactos:
Filomena Correia Martins
Rua Fernando Pessoa, Lote 129 1º F
6320 Fundão
963002333

Informei a Sra. Telefónicamente do despacho.

Não me parece, dada a fase do curso em que se encontram, que os alunos tenham conhecimentos suficientes para manifestar e dar opiniões, portanto, não se justifica a realização de objectivos para o trabalho. No entanto, se os objectivos demonstrarem diferenças nos pontos de vista.

17.05.06
Jen



Exm^a Senhora

Filomena da Conceição Pinto Correia Martins

Rua Fernando Pessoa, lote 129, 1º F

6320 Fundão

V/Ref.

Sua comunicação de:

18.05.2006

Data:

18-05-2006

Nossa Referência

756/sec

Assunto: PEDIDO DE APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

“Ecos em Fim de Vida – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DOENTE ONCOLÓGICO EM ENFERMAGEM”

Relativamente ao solicitado no seu ofício acima mencionado, informo de que está autorizado, devendo contudo articular-se com os Srs. Enf^{as}. Chefes dos respectivos Serviços.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente do Conselho de Administração do

Centro Hospitalar de Coimbra

(Dr. Rui Pato)

SERVIÇOS CENTRAIS
DO CENTRO HOSPITALAR
DE COIMBRA

Quinta das Vais
S. Martinho do Bispo
3041-553 COIMBRA
Tel. 239 800 100
Fax. 239 442 620

HOSPITAL GERAL DA C.
PORTUGUESA DO BRASIL

Quinta das Vais
S. Martinho do Bispo
3041-553 COIMBRA
Tel. 239 800 100

HOSPITAL PEDIÁTRICO
DE COIMBRA

Avenida Bissaya Barreto
3000-076 COIMBRA
Tel. 239 480 300

MATERNIDADE
BISSAYA BARRETO

Rua Augusta
3000-061 COIMBRA
Tel. 239 480 400

APARTADO 7005
3041-583 COIMBRA

www.chc.min-saude.pt

C/c: Director do Serviço de Neurologia, Cardiologia/UCIC, Cuidados Intensivos,
Traumatologia, Nefrologia, Diálise, Pneumologia e Hospital de Dia de Quimioterapia

CM



Ministério da Saúde
Mod 1180 - 12/2004 - Ed 01 - Rev 0



MINISTÉRIO DA SAÚDE
(I P O F G)
CENTRO REGIONAL DE ONCOLOGIA DE COIMBRA, S.A.

Av. Bissaya Barreto
Apartado 2005 - 3001-651 coimbra
Telefs. 239 400 200 - Fax 239 484 317

CROC 26/05/06 2254

Exma. Senhora
Enfermeira Filomena Correia Martins
R. Fernando Pessoa, LT. 129, 1º F
6320 Fundão

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

ASSUNTO:

Realização de trabalho de recolha de dados no âmbito de Tese de Mestrado

Roga-se o favor de
indicar na resposta
as referências supra

Em resposta ao ofício de V. Exa., de 10 /2/2006, informa-se que relativamente ao assunto em epígrafe, o Conselho de Administração deliberou autorizar o pedido com base no parecer favorável da Senhora Enfermeira Directora.

Com os melhores cumprimentos,

Pel'ó Conselho de Administração
O Presidente

(Dr. Manuel António L. Silva)

Min.....

Dact..... *SI*

Conf.....

Anexo 3

Representação gráfica dos dados

Gráfico 1
AFC Morte faz-me pensar ...
(Eixo 1 e 2)

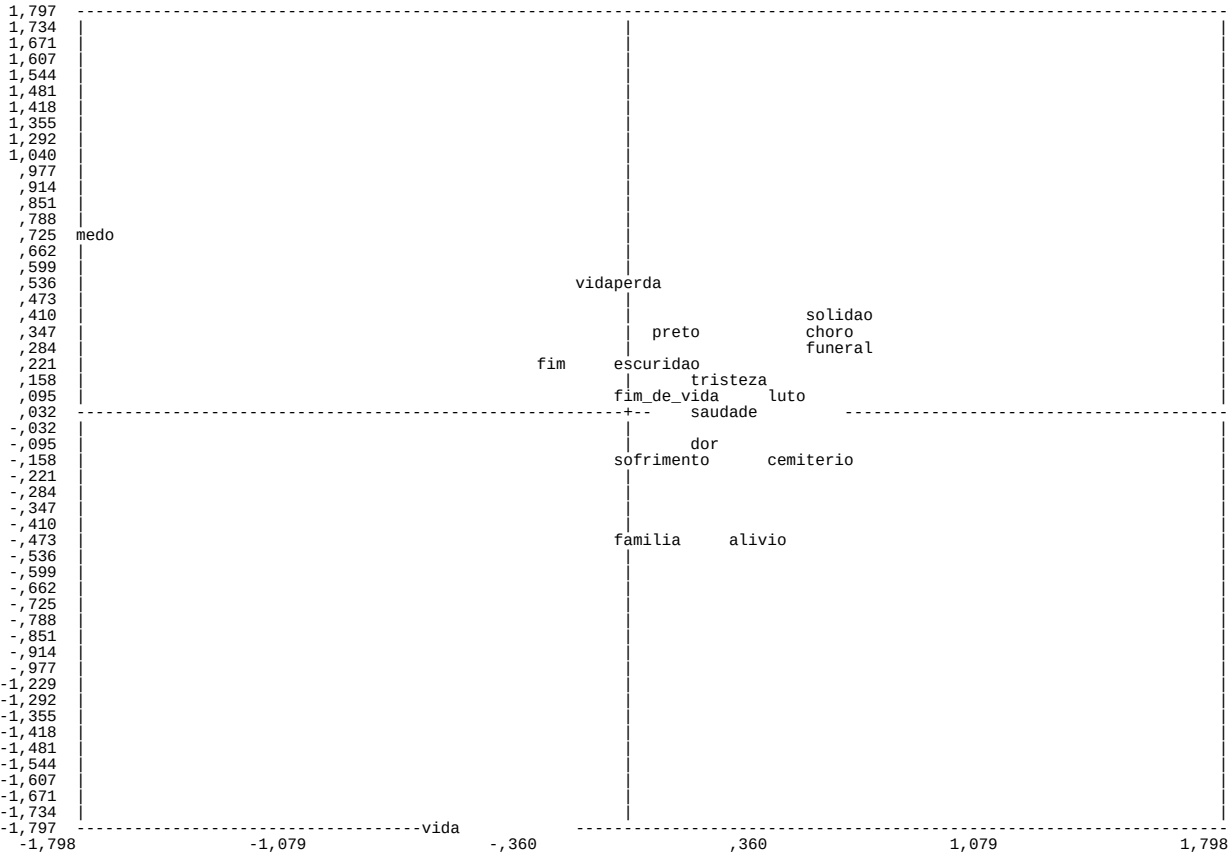


Gráfico 2
AFC Morte faz-me pensar...
(Eixo 2 e 3)

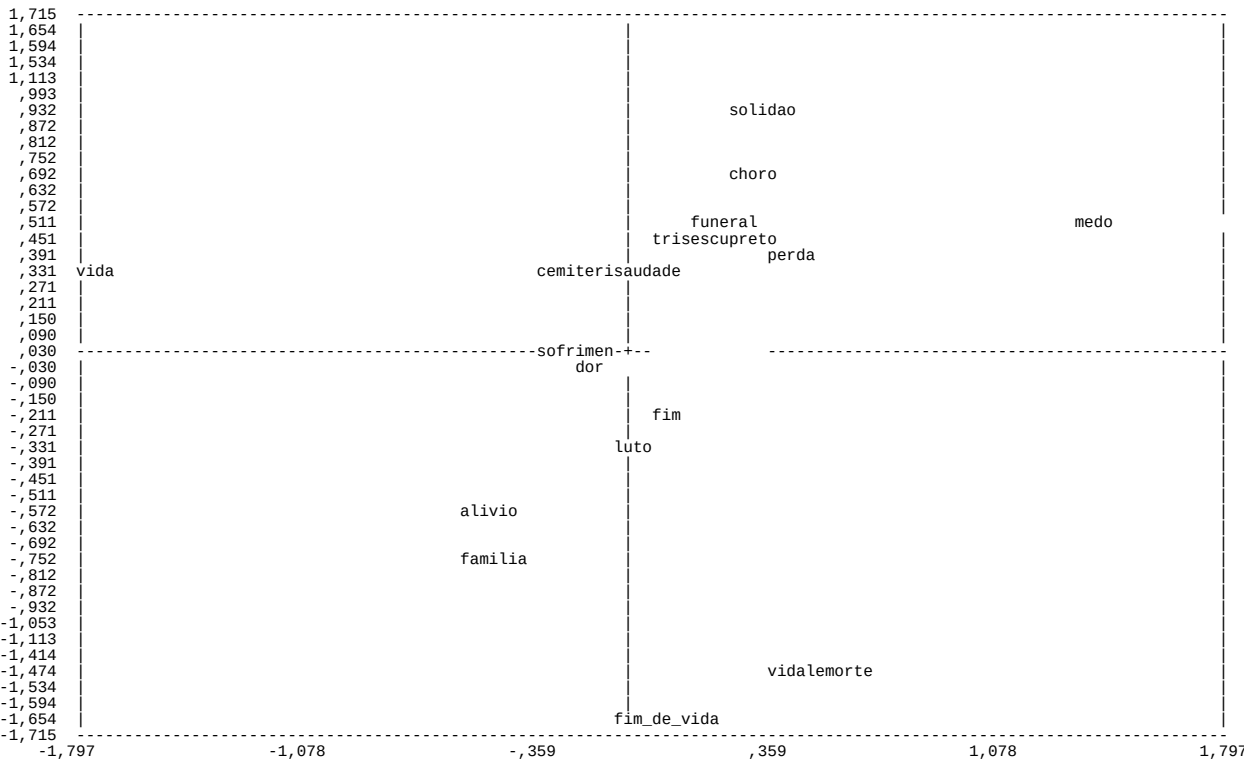


Gráfico 3
AFC Morte faz-me pensar... (por idade)
(Eixo 1 e 2)

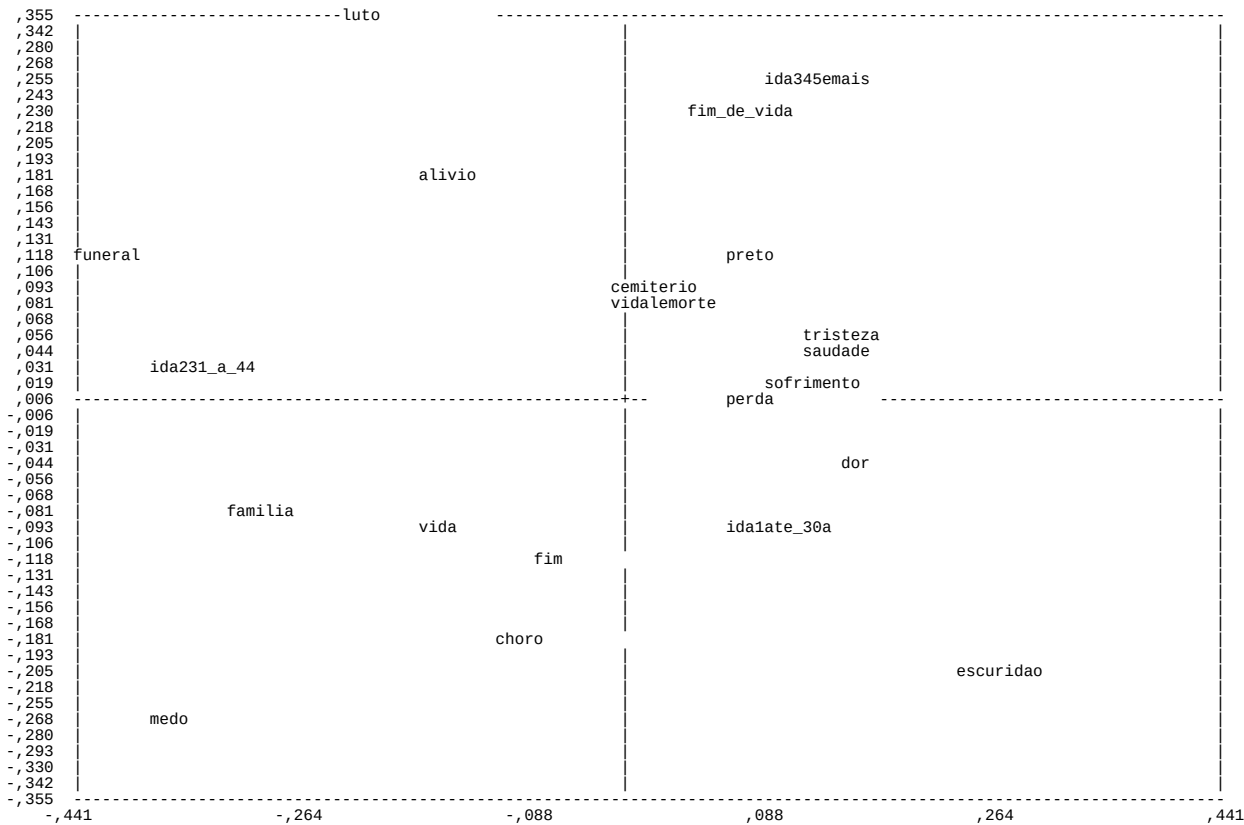


Gráfico 4
AFC Morte faz-me pensar... (por experiência profissional)
(Eixo 1 e 2)

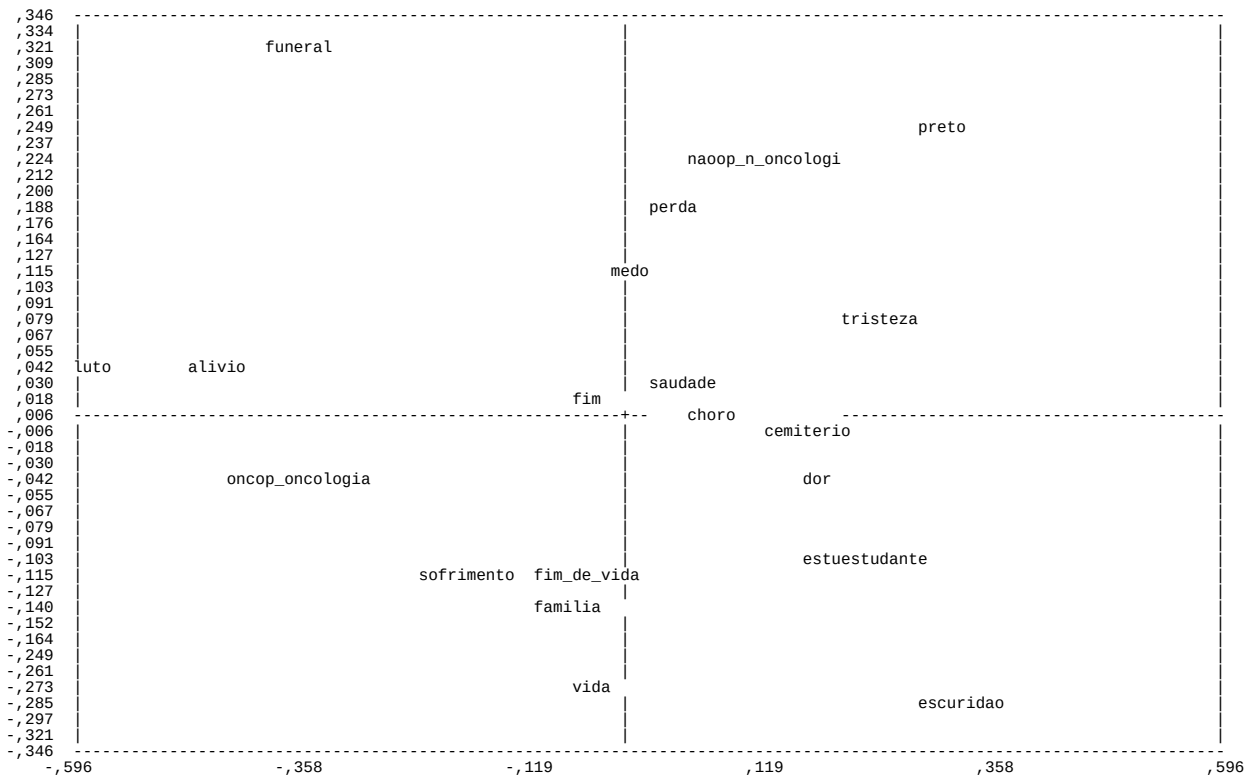


Gráfico 5
AFC Morte faz-me sentir...
(Eixo 1 e 2)

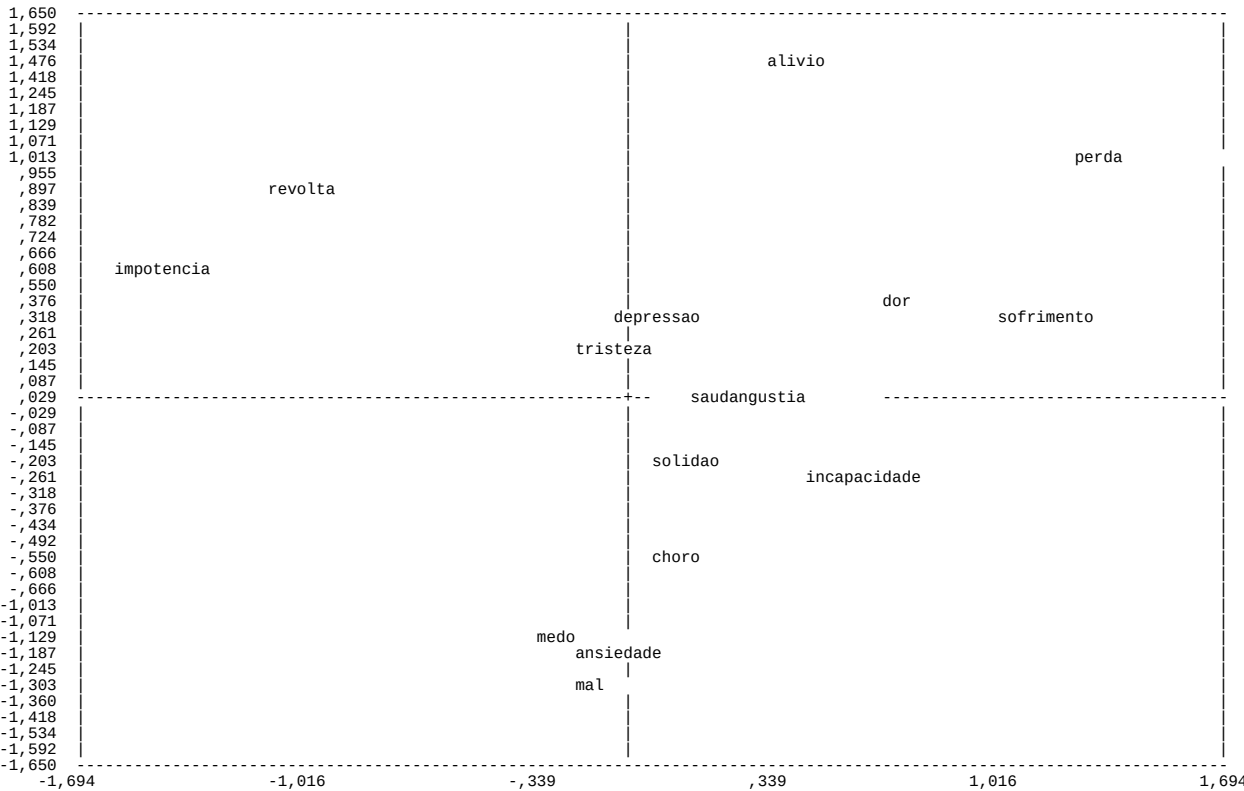


Gráfico 6
AFC Morte faz-me sentir...
(Eixo 2 e 3)

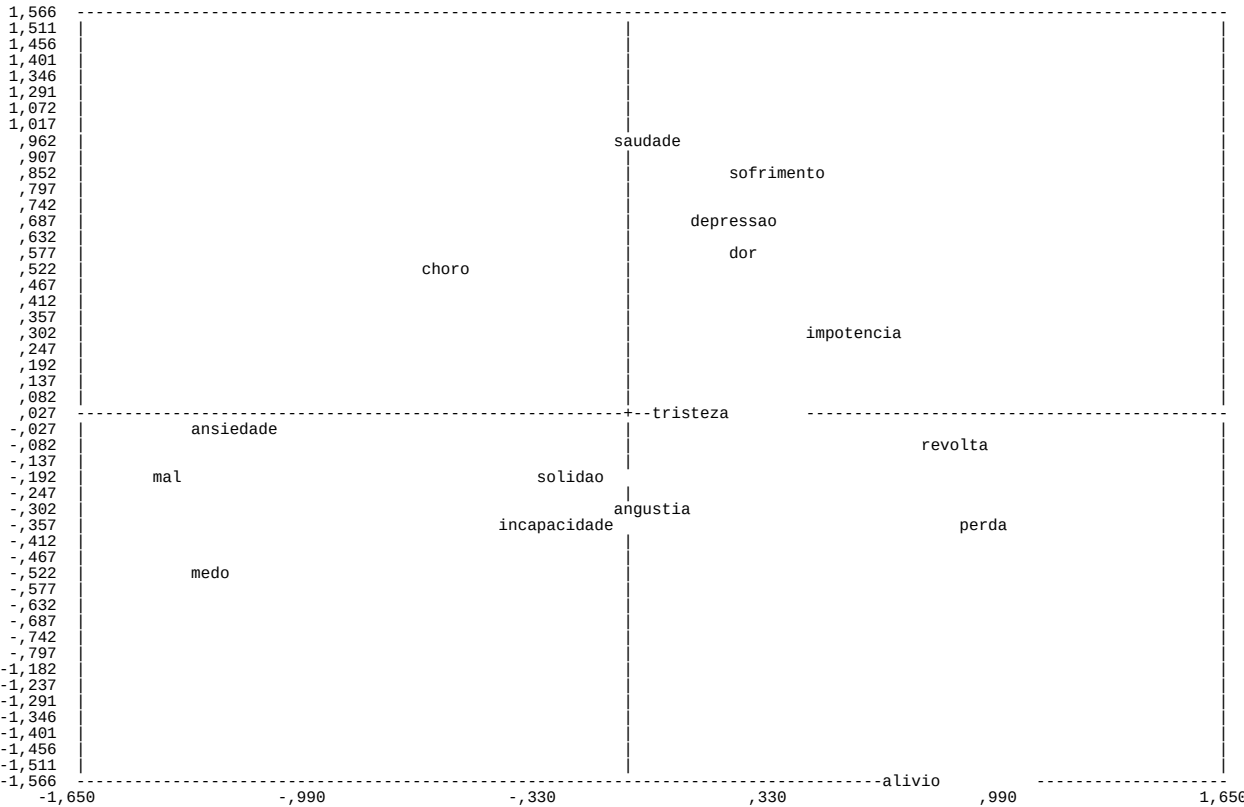


Gráfico 7
AFC Morte faz-me sentir... (por idade)
(Eixo 1 e 2)

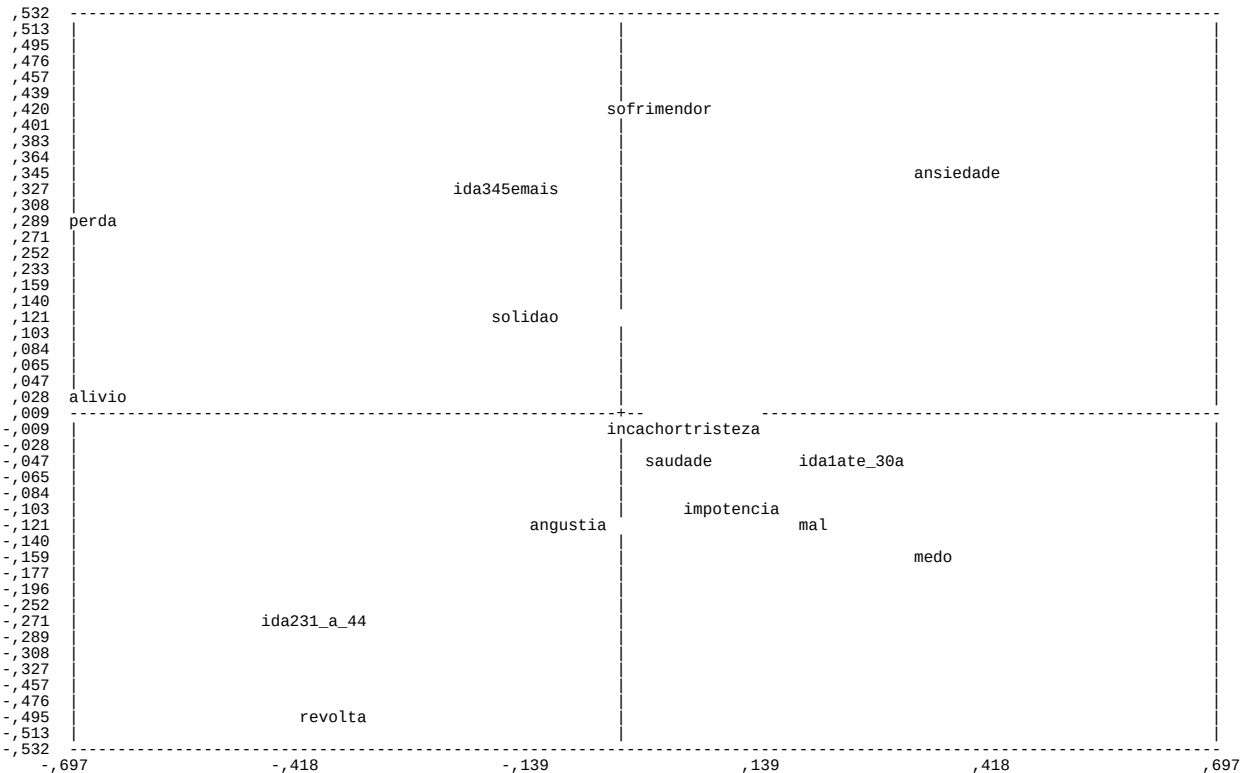


Gráfico 8
AFC Morte faz-me sentir... (por experiência profissional)
(Eixo 1 e 2)

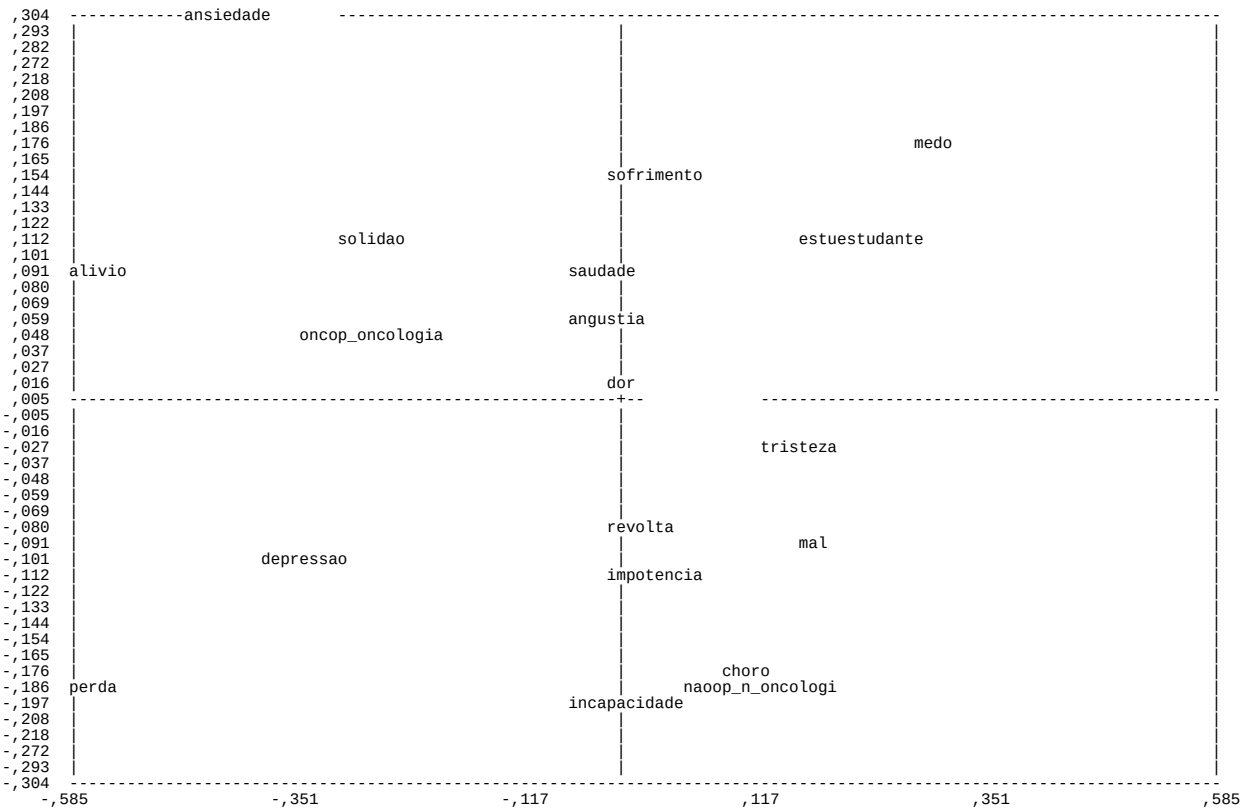


Gráfico 9
AFC Doente oncológico faz-me pensar...
(Eixo 1 e 2)

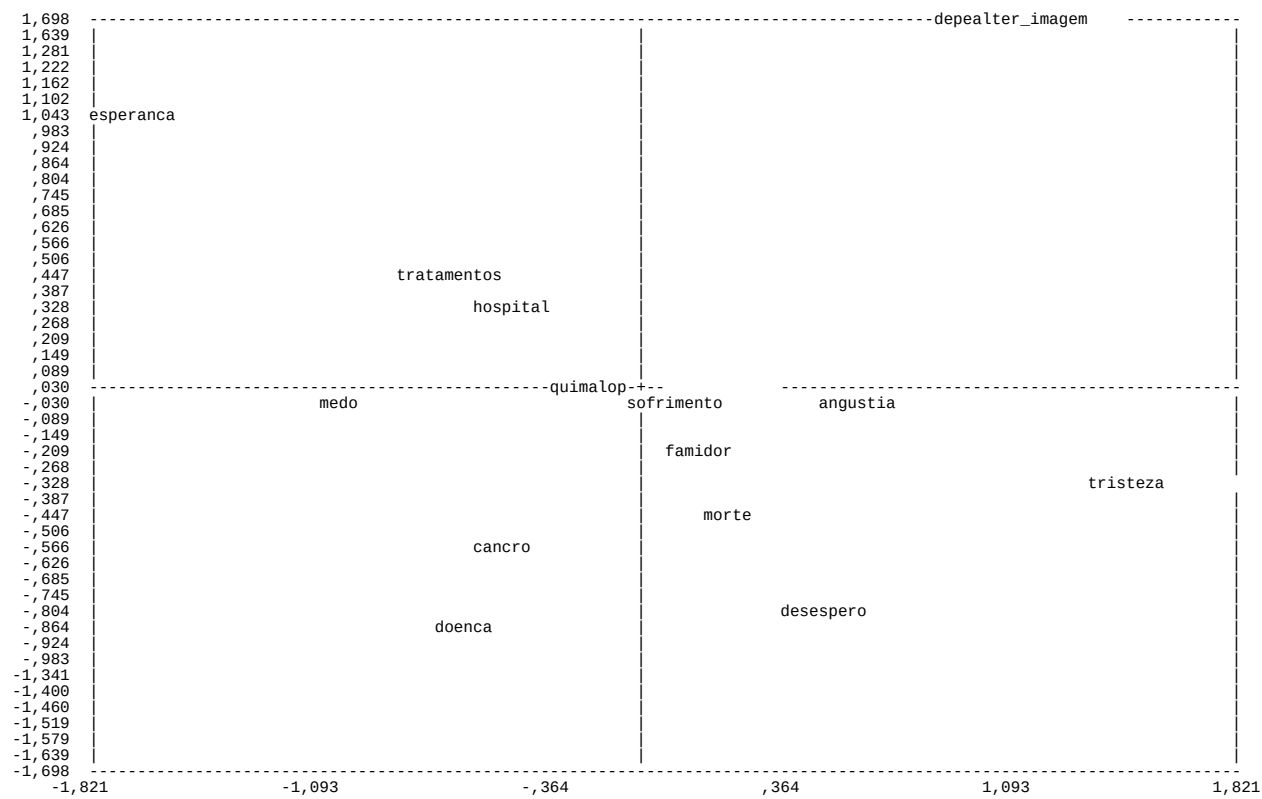


Gráfico 10
AFC Doente oncológico faz-me pensar...
(Eixo 2 e 3)

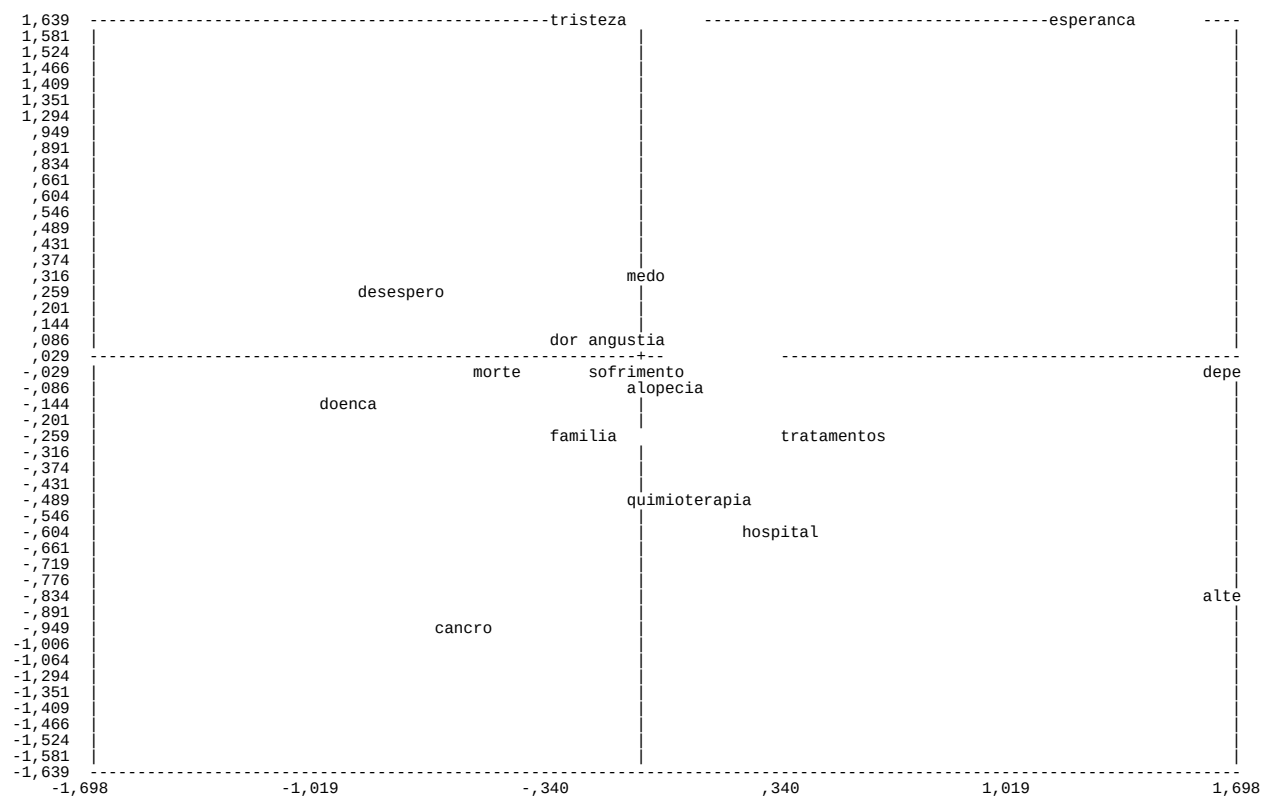


Gráfico 11
AFC Doente oncológico faz-me pensar...(por idade)

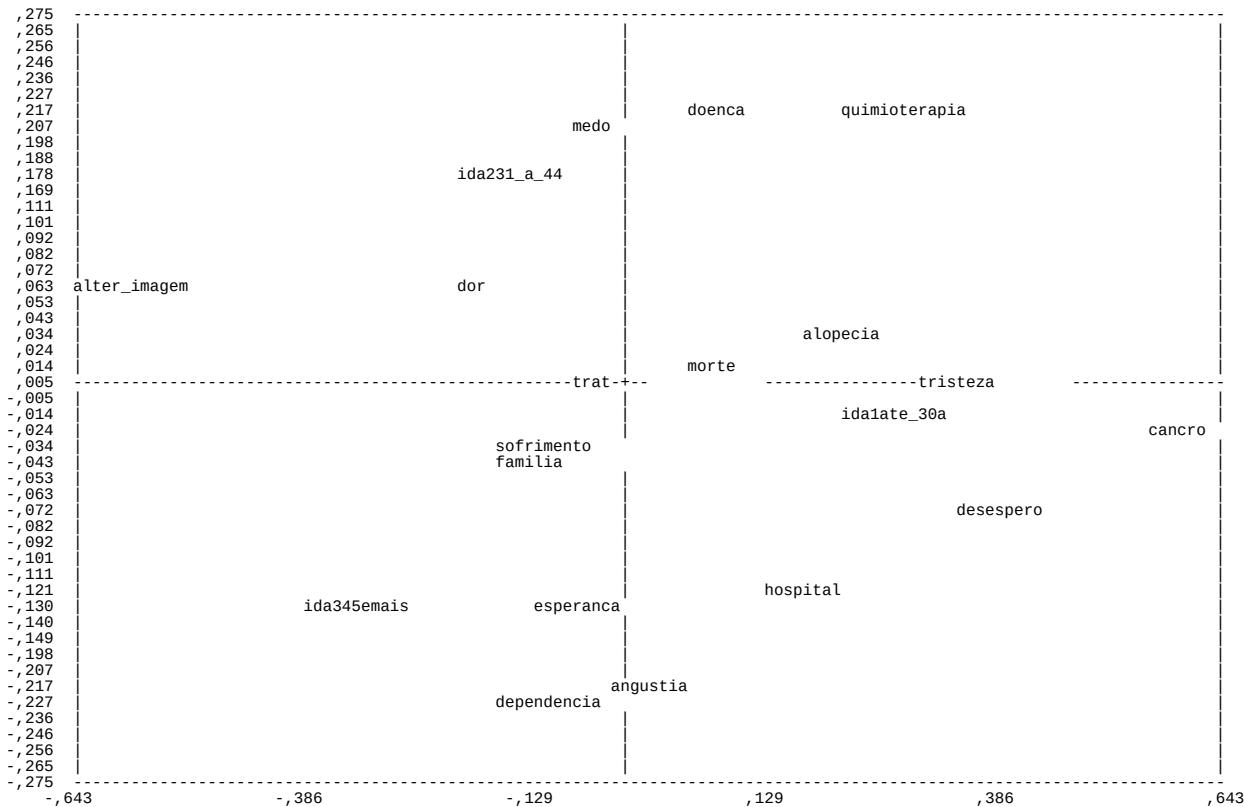


Gráfico 12
AFC Doente Oncológico pensar... (por experiência profissional)
(Eixo 1 e 2)

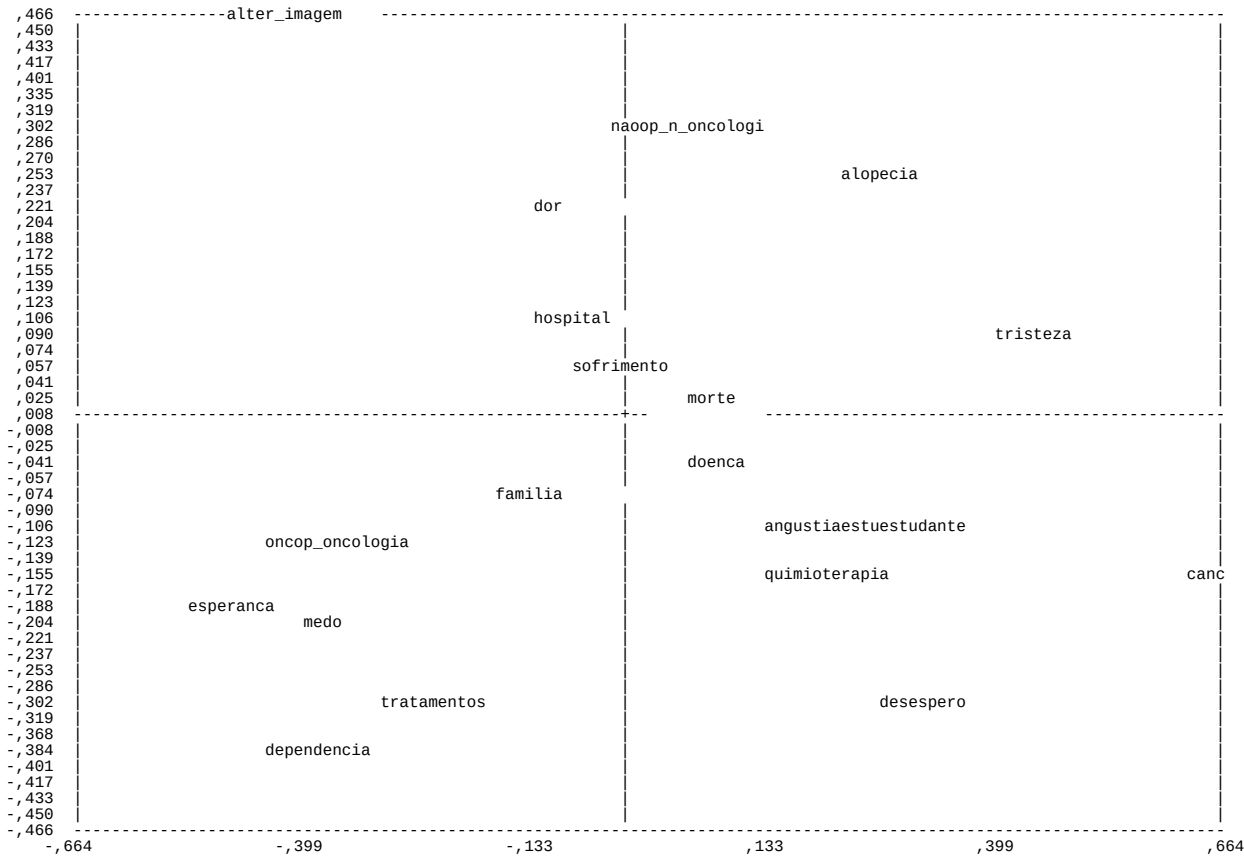


Gráfico 13
AFC Doente oncológico sentir...
(Eixo 1 e 2)

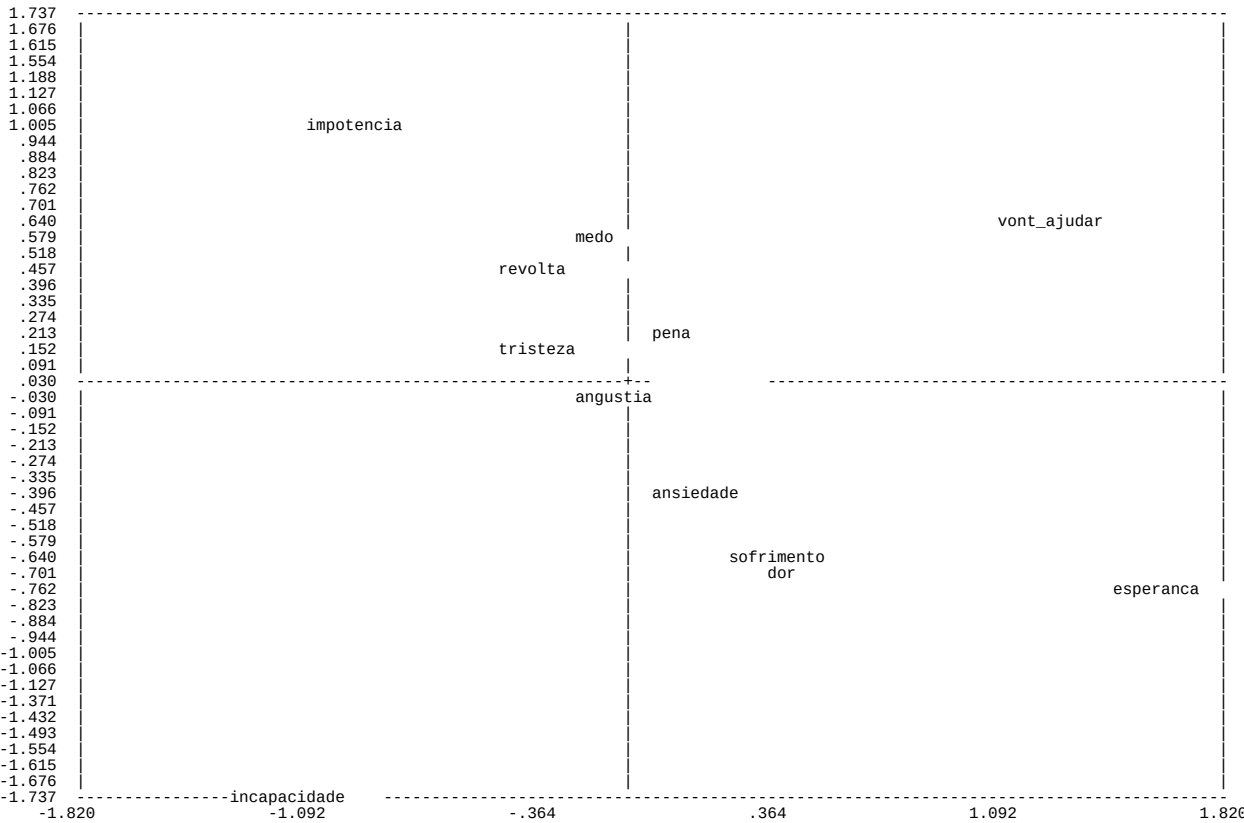


Gráfico 14
AFC Doente oncológico sentir...
(Eixo 2 e 3)

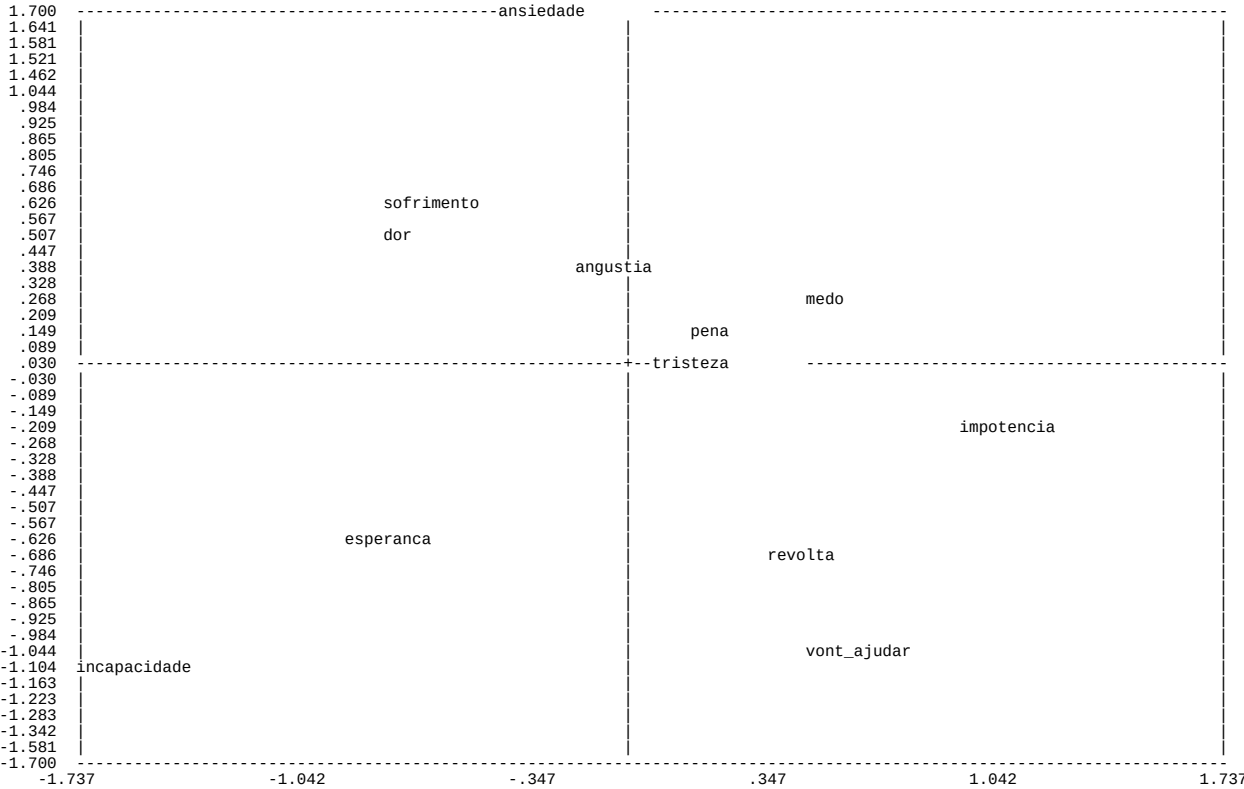


Gráfico 15
AFC Doente oncológico sentir...(por idade)
(Eixo 1 e 2)

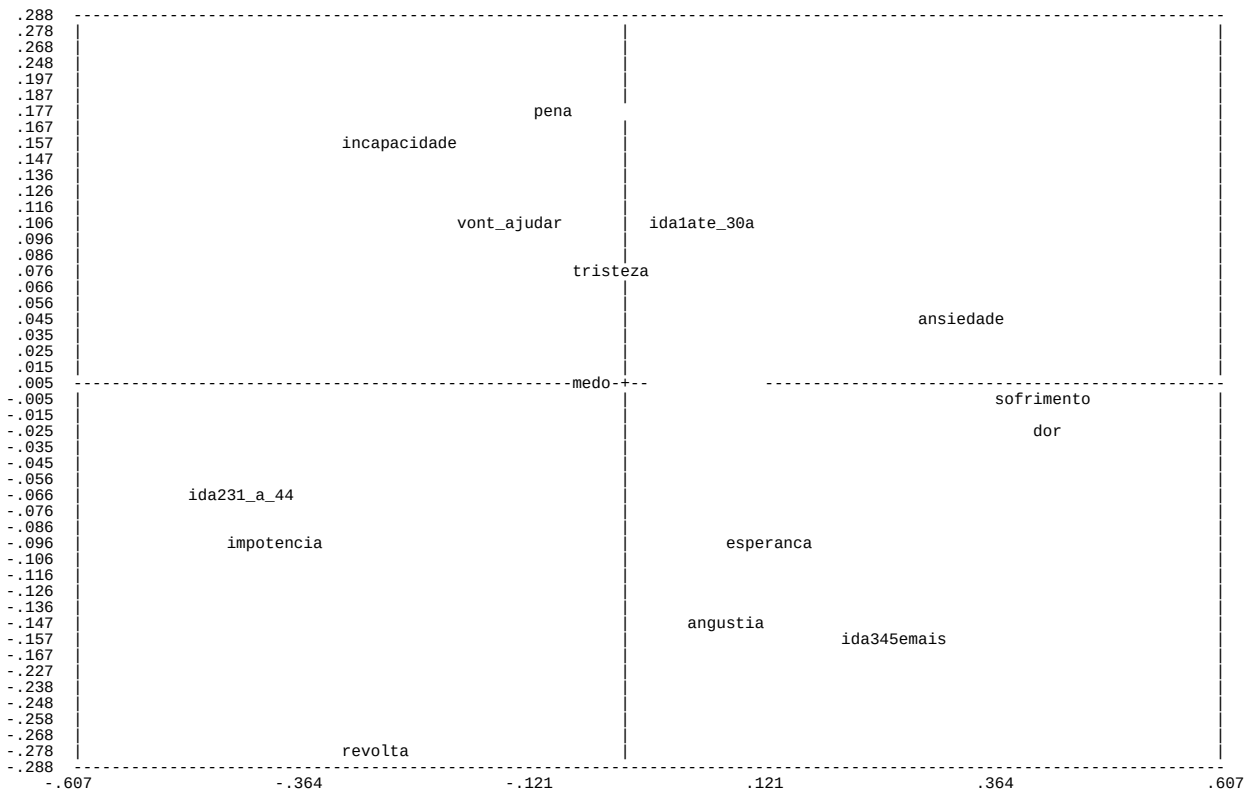


Gráfico 16
AFC Doente oncológico sentir... (por experiência profissional)
(Eixo 1 e 2)

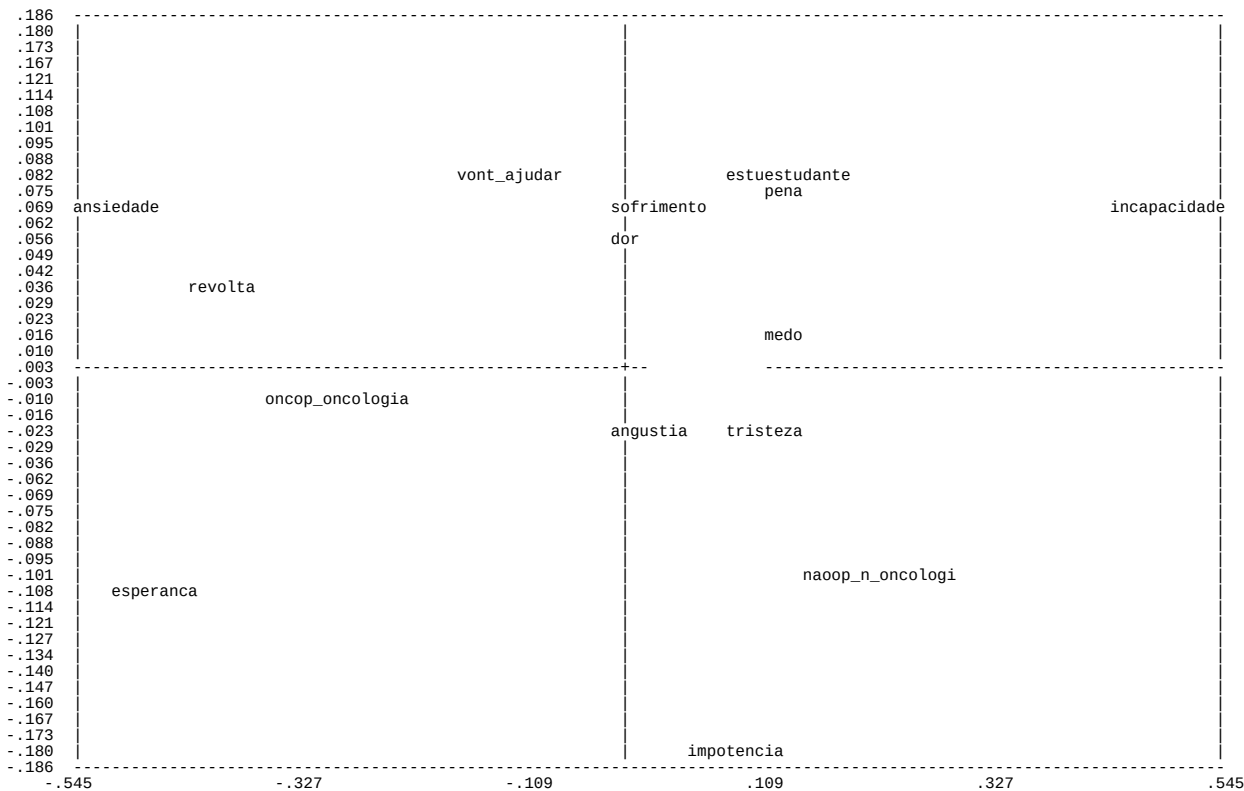


Gráfico 17
AFC Doente Oncológico em fim de vida pensar...
(Eixo 1 e 2)

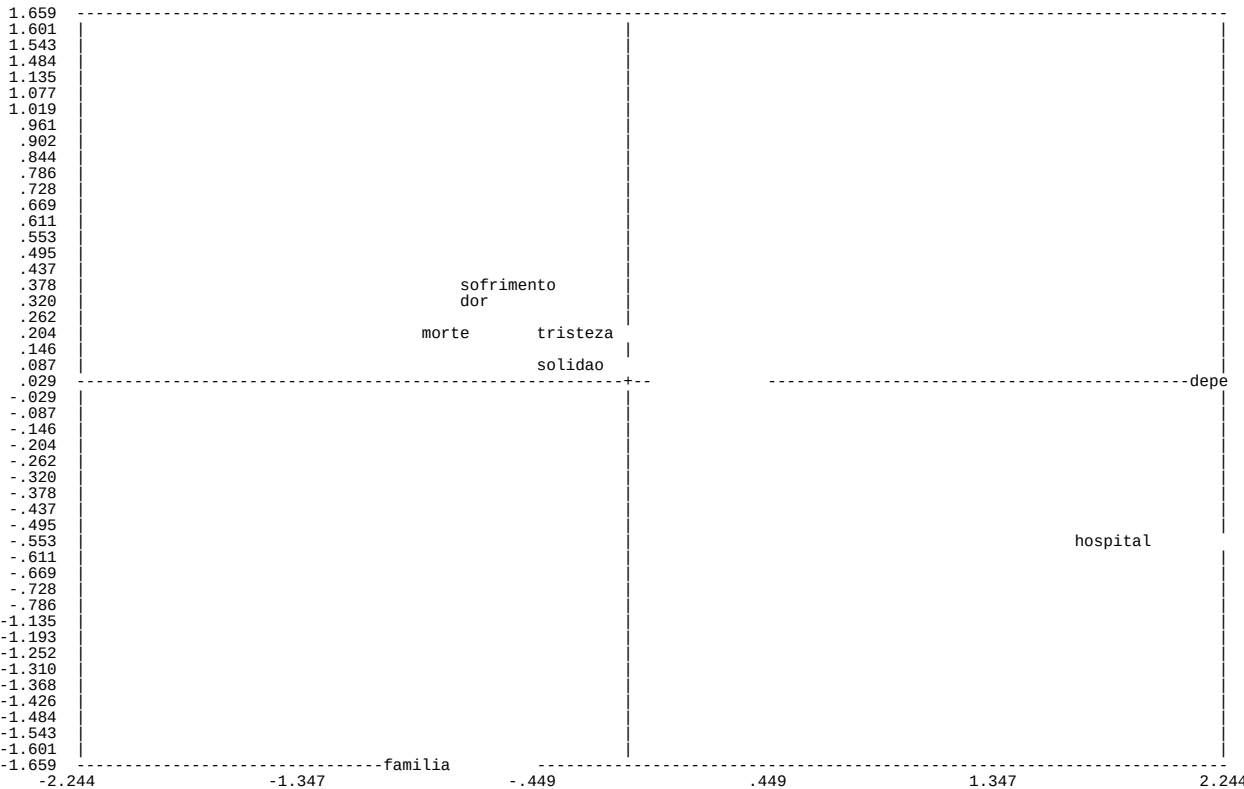


Gráfico 18
AFC Doente Oncológico em fim de vida pensar...
(Eixo 2 e 3)

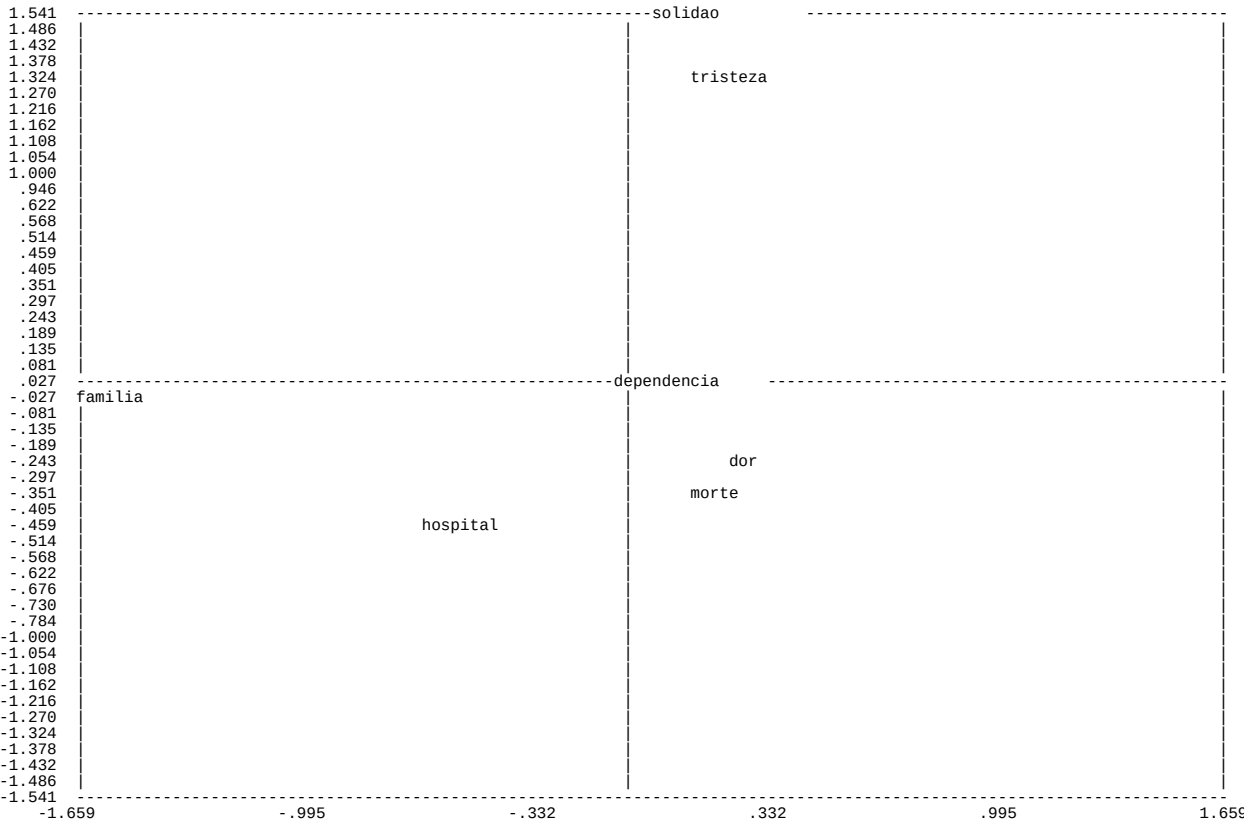


Gráfico 19
AFC Doente oncológico em fim de vida pensar...(por idade)
(Eixo 1 e 2)

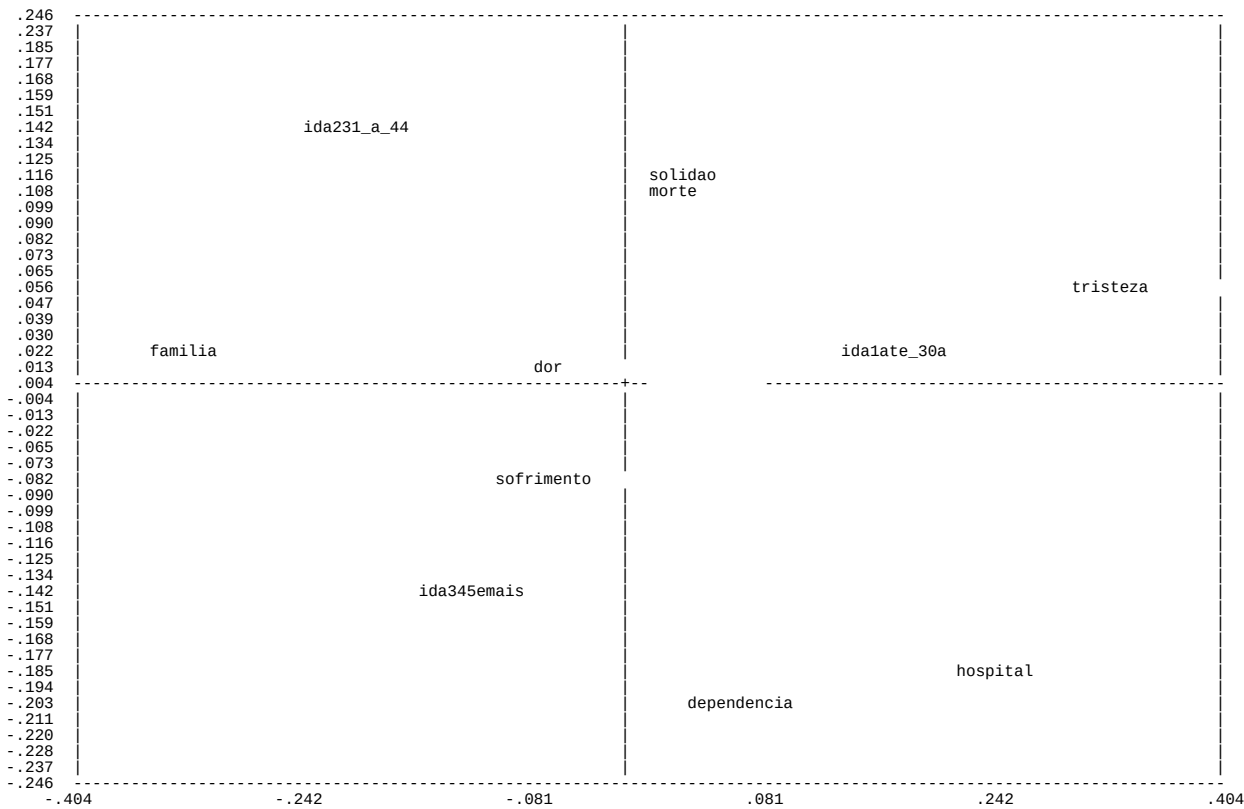


Gráfico 20
AFC Doente oncológico em fim de vida pensar...(por experiência profissional)
(Eixo 1 e 2)

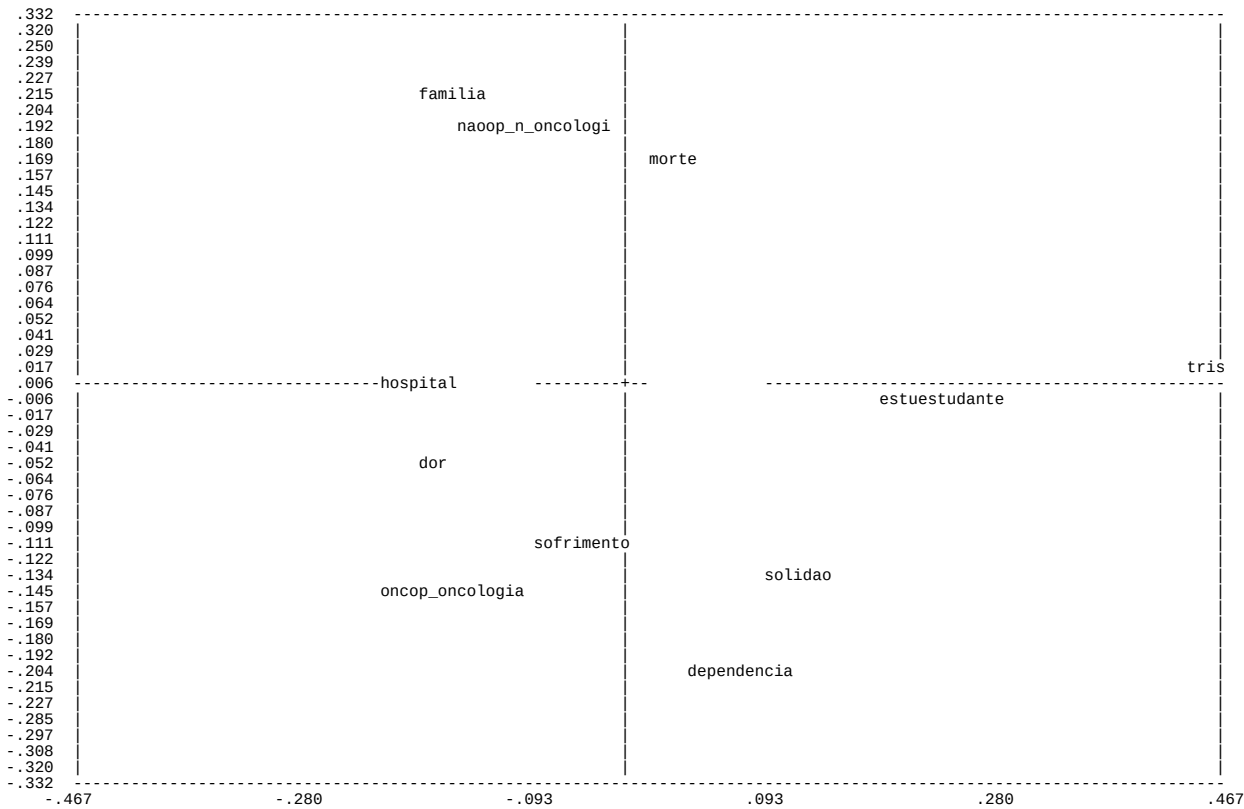


Gráfico 21
AFC Doente oncológico em fim de vida sentir...
(Eixo 1 e 2)

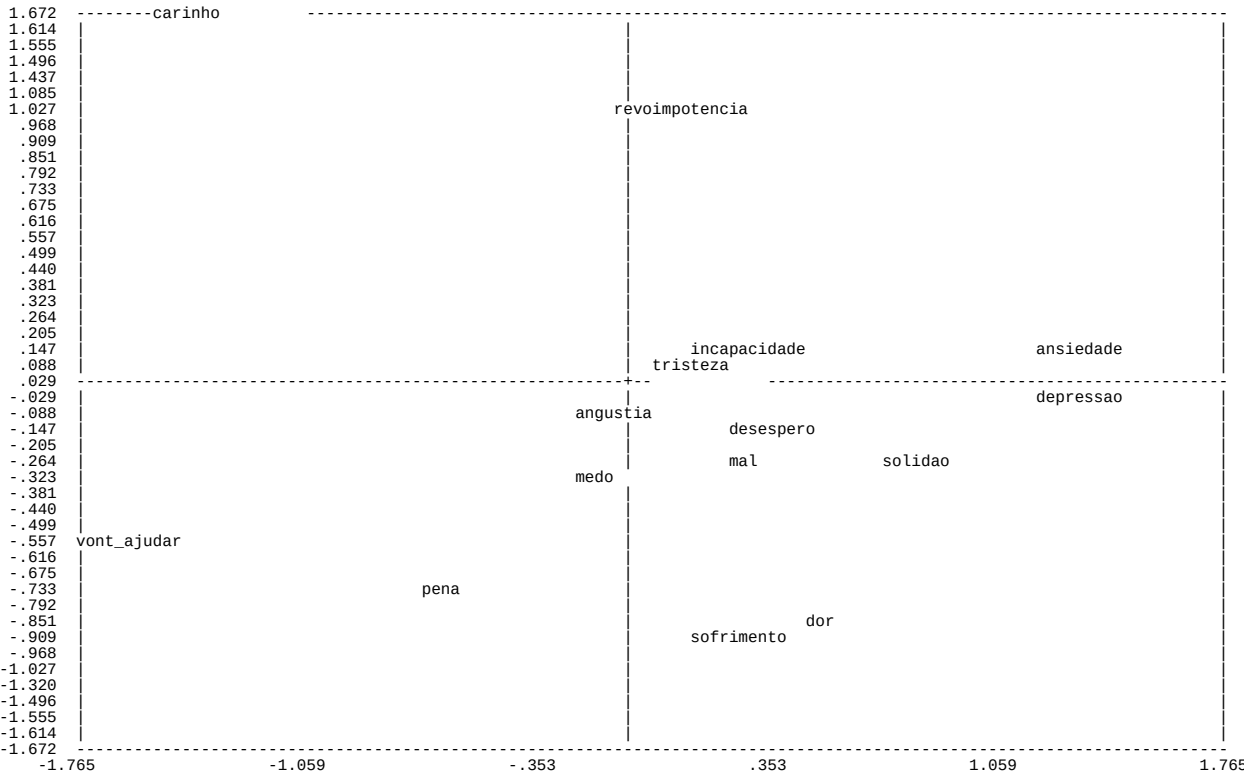


Gráfico 22
AFC Doente oncológico em fim de vida sentir...
(Eixo 2 e 3)

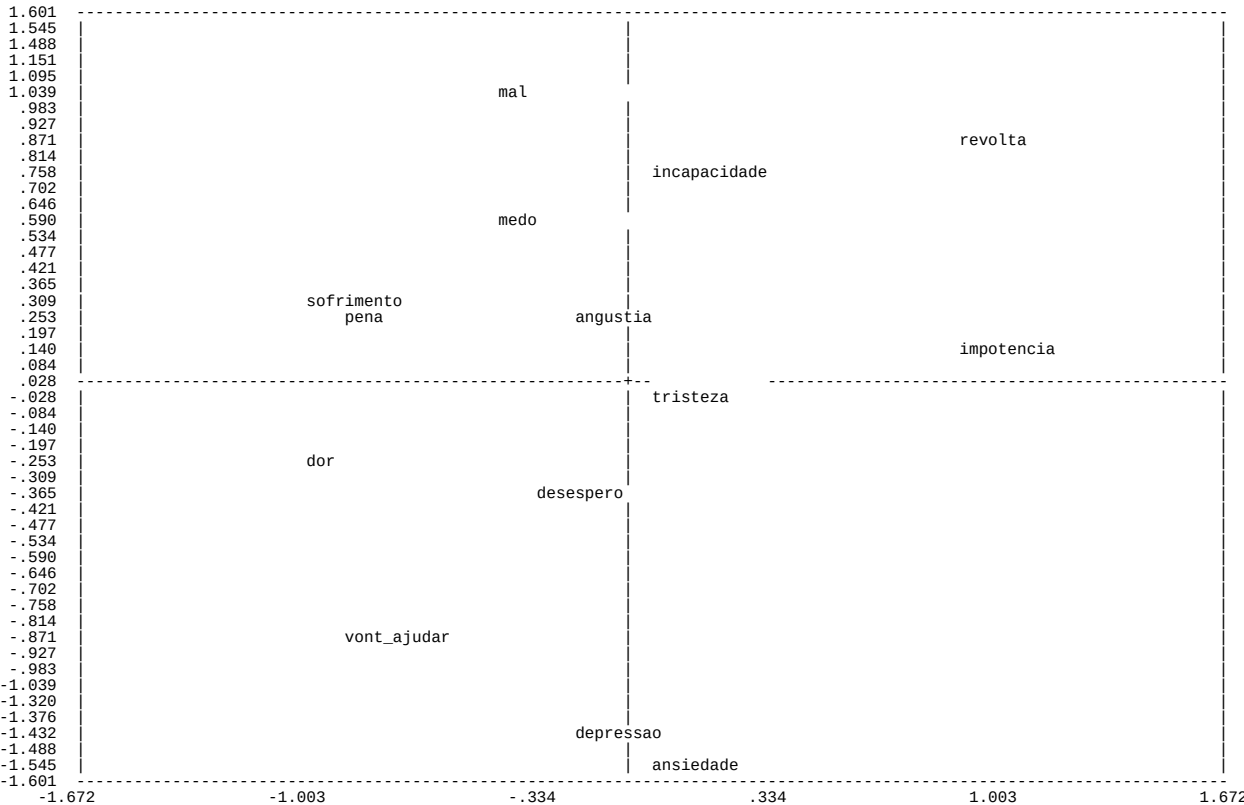


Gráfico 23
AFC Doente oncológico em fim de vida sentir... (por idade)
(Eixo 1 e 2)

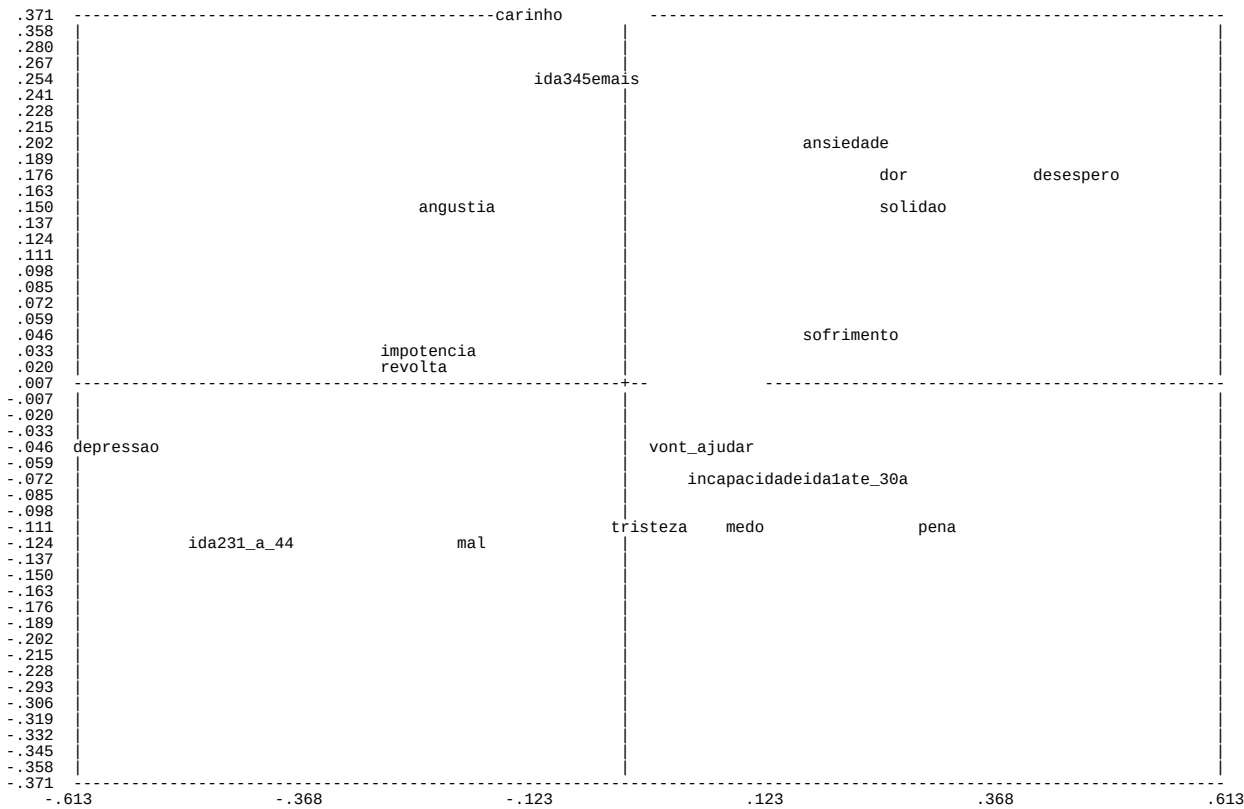
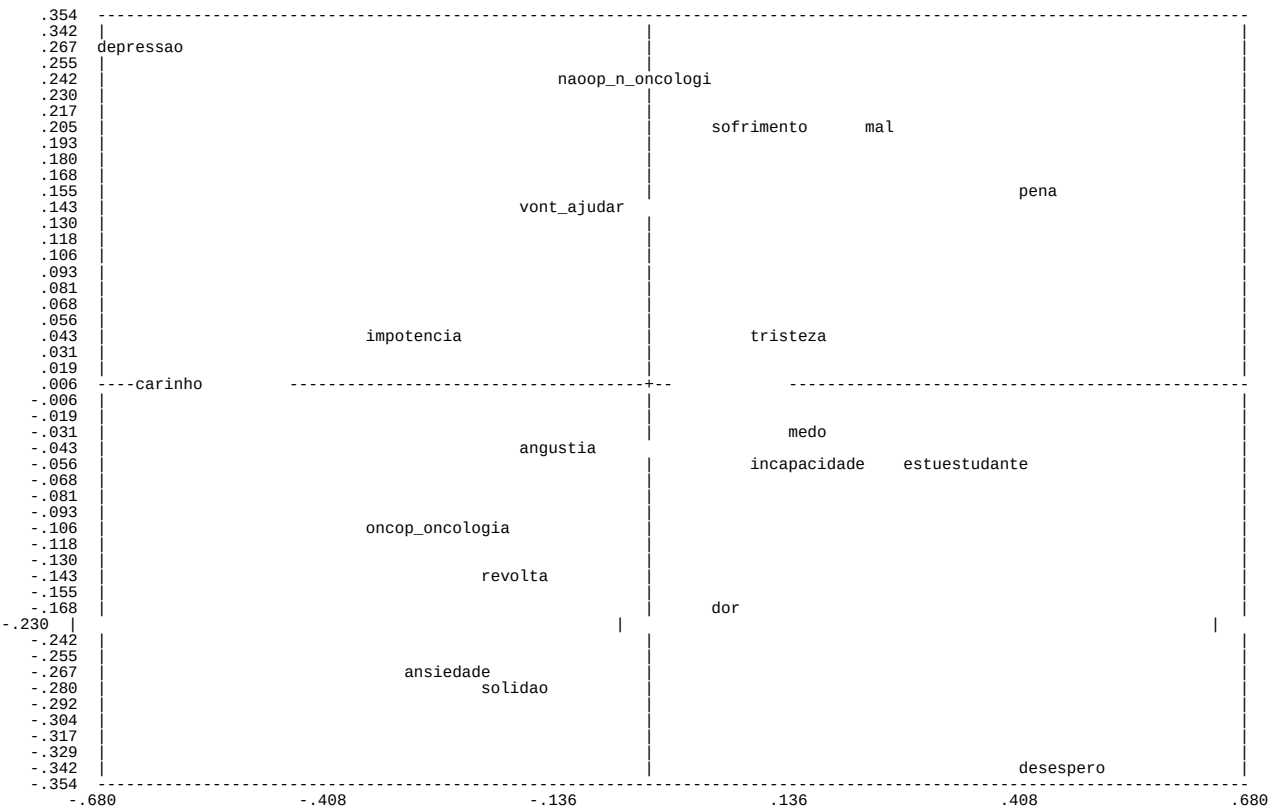


Gráfico 24
AFC Doente oncológico em fim de vida sentir... (por experiência profissional)
(Eixo 1 e 2)



Anexo 4

Comentários dos participantes

Enfermeiros oncológicos:

“Muita gente ainda pensa que os doentes oncológicos são pessoas com uma morte certa. Eu não penso assim, todos nós vamos morrer, mas até lá a qualidade de vida, o carinho e sempre mais alguma coisa é possível de se fazer”

“Ser enfermeiro é ser-se especial. Mas ser enfermeiro e cuidar do doente oncológico é ainda mais”

“Um questionário difícil de separar o pessoal do profissional, mas que poderá trazer um trabalho com particularidades inovadoras. Questionário muito trabalhoso. Parabéns”

“Este formulário permitiu uma breve reflexão sobre a nossa postura perante o doente oncológico. Muitas vezes debatemo-nos com uma amálgama de sentimentos do doente/família e temos muitas vezes de arranjar estratégias que nos ajudem a ultrapassar ou a minimizar alguns. Isto só é conseguido com o envolvimento da equipa multidisciplinar e a interrelação da mesma. Considero ainda que como pessoas que somos, muitas vezes também conseguimos ultrapassar algumas situações porque funcionamos como equipa onde cada um é respeitado, havendo um espírito de grupo”

“Temos sorte em estar bem e com saúde. Temos que aproveitar enquanto dura”

“No último ano, após ter vivenciado a morte do meu avô, devido a doença oncológica fez-me ver as coisas de outra maneira e o simples facto de trabalhar numa unidade oncológica, auxiliou-me, de certa forma a reagir de forma positiva à perda. O facto de trabalhar numa unidade de oncologia, de certa forma, “obrigou-me” a rever o meu quadro de valores e valorizar outras coisas da vida para além do ter.”

“Os sentimentos de quem trabalha junto de doentes oncológicos são muitos. Temos a coragem de enfrentar junto com os doentes e familiares o desafio de enfrentar a doença. No entanto temos connosco o peso de sermos incapazes de curar e a certa altura de minimizar o sofrimento do doente e promover o alívio e conforto como queria-mos. Um dia uma doente disse-me “Os enfermeiros são anjos... pena não serem Deus”. ”

“A morte pode ser sentida de diferentes formas conforme a idade e a proximidade das pessoas. Nenhuma definição é única e permanente.”

“Boa sorte”

“Boa sorte”

“Felicidades para o mestrado”

“Boa sorte e felicidades para o mestrado. Que este questionário lhe seja útil. Confesso que me encontrava pouco inspirado neste momento”

Enfermeiros não Oncológicos

“Para mim é muito complicado falar com a morte, apesar de lidar diariamente com ela. Não a aceito como sendo um processo normal”

“Gostaria que o doente oncológico fosse encarado de um modo mais natural, ou seja, penso que nos dias que correm o doente oncológico é muitas vezes sinónimo de morte eminente, independentemente da doença temos que promover o bem estar, na sua globalidade, à pessoa em si”

“Esta é uma vertente extremamente importante e este questionários um espaço extremamente reflexivo”

“Não gosto muito de falar de assuntos que me deixam ficar triste e deprimida, sentindo incapacidade e sem soluções. Nunca gostei de trabalhar junto da morte e ainda considero a unidade de oncologia muito ligada a ela.”

“A ideia de trabalhar como enfermeira em oncologia sempre me assustou, embora não perceba porquê. Considero os colegas de oncologia mais corajosos e resistentes que os outros. Mesmo comparando com a pediatria. No entanto era capaz de fazer voluntariado em oncologia, mas ser enfermeira ...não ...”

“Ser profissional de saúde nessa área exige de nós preparação, perfil, vontade de, entre outros atributos pessoais e profissionais. Nem sempre, nestes casos se coloca a pessoa certa no lugar certo. O apoio psicológico e não só, ao profissional nesta área é de fundamental importância, pois poderia advir daí, benefícios para o doente.”

“Na questão (se lhe fosse possível optar ...) a minha resposta apenas se resumiria 1ª opção – em quanto dorme, de preferência bem velhinho e saudável até então.”

“Provavelmente alguma dificuldade em diferenciar nalguns aspectos o pensar e o sentir”

“Por muito que se pense procuro qual a melhor postura perante o doente em morte iminente, a morte é sempre sentida como um fracasso que nos provoca um sentimento de profunda tristeza.”

“Tenho medo de morrer e de perder os meus familiares.”

“Todos nós profissionais de saúde, devíamos contribuir para que os doentes terminais (independente mente da causa), tenham um fim dignos. E essa deve ser opção única e exclusiva do doente. POR que embora entre os familiares seja o preferido, nem sempre se aplica a todos.”

“Bom trabalho”

Estudantes de Enfermagem

“Devido a me encontrar no 1º ano de enfermagem, é normal que ainda não tenha completa noção do que poderei vir a sentir ou passar perante situações de morte no contexto hospitalar, em particular em situações na área da oncologia.”

“Questões interessante, embora um pouco “vagas”. Um pouco difícil para responder, pois existem sentimentos que não conseguimos expressar”

“Obrigado por me fazerem pensar na “Morte” ou “Vida”.”

“Boa sorte para o mestrado”

“Devem rever o vosso questionário e comprovarem a inviabilidade e a congruência de algumas perguntas. Perdoem-me a minha crítica se estiver errado”

“Boa sorte”

“Boa sorte”

“Muito bom tema para ter de mestrado. Parabéns e muito boa sorte”

“Este trabalho foi importante, no sentido que me fez pensar que somos humanos e que também podemos um dia sofrer destas situações. E nos alerta enquanto futuros profissionais para os sentimentos do utente e familiares”

“Já vivenciei a morte de um amigo muito próximo por afogamento há 4 anos.”

“Adorava trabalhar em oncologia, foi bom pensar nestes temas, obrigado por este questionário.”

“O questionário foi repetitivo.”

“O tipo de perguntas elaboradas não estão em concordância com as respostas. A resposta pode ser subjectiva para uma pergunta objectiva.”

“Quando nada mais resta, há que fechar os olhos e ver o que foi o passado, desejar o presente e sonhar com o futuro. Aqui ou em outro qualquer lugar. Quem acredita em Deus, nunca está só”

“Vivenciei a morte de 2 avós, um tio e do sogro do meu irmão vitima de cancro e tenho de dizer que é terrível o sofrimento.”

“Nunca devemos esquecer aqueles que mais sofrem e por isso é fundamental que o enfermeiro dê o máximo de atenção a todos os doentes, porque um dia poderemos estar no lugar deles a precisar de conforto e carinho nos últimos dias da nossa vida.”

“Acho que nunca vou morrer.”

