



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

**MILENA QUARESMA LOPES**

**PESSOA EM QUIMIOTERAPIA ORAL E ENFERMAGEM: OPORTUNIDADE  
DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA**

Rio de Janeiro  
2017

MILENA QUARESMA LOPES

**PESSOA EM QUIMIOTERAPIA ORAL E ENFERMAGEM: OPORTUNIDADE  
DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA**

Relatório final de Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Florence Romijn Tocantins

**Linha de Pesquisa PPGEnf.** Saúde, história e cultura: saberes em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa CNPq:** Enfermagem e População: conhecimentos, atitude e práticas em saúde

Rio de Janeiro  
2017

L864      Lopes, Milena  
            / Milena Lopes. -- Rio de Janeiro, 2017.  
            89f

            Orientador: Florence Tocantins.  
            Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do  
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem, 2017.

            1. Enfermagem Oncológica. 2. Quimioterapia Oral.  
3. Autonomia. 4. Antineoplásicos. I. Tocantins,  
Florence, orient. II. Título.

MILENA QUARESMA LOPES

**PESSOA EM QUIMIOTERAPIA ORAL E ENFERMAGEM: OPORTUNIDADE  
DE PROMOÇÃO DA AUTONOMIA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Florence Romijn Tocantins  
Presente

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laísa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara  
Primeira Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sônia Regina de Souza  
Segunda Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina Silva Pinto  
Suplente – UNIRIO

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza  
Suplente - UNIRIO

Rio de Janeiro  
2017

## DEDICATÓRIA

*Todas as minhas conquistas, sejam elas pessoais, profissionais ou ambas sempre serão dedicadas à minha amada Avó “Nilena Quaresma Martins”, a quem tenho a honra de homenagear com meu nome e quem sempre acreditou em meu potencial e capacidade de crescer e progredir mesmo em meio às maiores dificuldades. Deixo aqui tuas palavras que sempre ecoam em minha mente quando penso em desistir:*

***“Eu sei que você vai conseguir”***

## AGRADECIMENTOS

Dispor-se a agradecer nominalmente cada pessoa que, de alguma forma contribuiu para a realização deste sonho, seria incorrer o risco de ser injusta com alguém. No entanto, reconheço que algumas dessas pessoas eu preciso registrar meu agradecimento e reconhecimento por suas valiosas contribuições. Assim, registro aqui minha gratidão.

*Ao criador que me abençoa com a vida todos os dias ao abrir os olhos e respirar. Que me cuida e me protege onde quer que eu vá e que escreve minha história de maneira a me surpreender a cada conquista e vitória, me provando a cada dia que nada é impossível.*

*A minha amada e orgulhosa Mãe “Ângela Martins Quaresma” minha maior torcedora. Que mesmo distante fisicamente e geograficamente, sempre se faz presente em suas orações e torcida.*

*A minha querida tia e madrinha “Gislene Martins Quaresma” por sua torcida e alegria compartilhada a cada degrau de vitória alcançado.*

*A minha Querida Orientadora (no sentido mais amplo e verdadeiro desta palavra), de ação e atuação como minha psicóloga, cuidadora e AMIGA Professora Doutora Florence Romijn Tocantins.*

*Pelo compartilhar de tempo, trocas de conhecimento, sabedoria e carinho. Pelo exemplo de simplicidade, ética, postura, doçura (mesmo nas cobranças). Pela compreensão e respeito a cada momento pessoal que vivenciei em meu caminhar na vida durante esses dois prazerosos anos. O MEU MUITO OBRIGADA.*

*Sou imensamente grata às professoras: Dra. Ana Cristina Silva Pinto, Dra. Laísa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara e Dra. Sônia Regina de Souza pelo carinho e envolvimento com a temática e o conteúdo da pesquisa e pelas contribuições que muito enriqueceram o texto final.*

*A minha muito estimada, admirada, madrinha e AMIGA “Cristiane de Souza Lourenço”, você é presente de Deus em minha vida e instrumento dele para me abençoar. Sem sua confiança, parceria e compreensão esse caminhar não teria sido tão “descomplicado”. Minha eterna gratidão e meu mais profundo agradecimento.*

*Aos amigos que me estimularam a seguir em busca da realização deste sono, Náira, Érika entre outros, aos que me fizeram acreditar que “é” possível, Luana e Lidiane, aos que compreenderam minhas ausências, os novos e aos mais antigos, aos que sorriram e choraram comigo, Minha Querida Amiga e madrinha Mônica Steiner, aquele que sempre me salvou nos momentos de desespero por dificuldades com os programas de computador, meu querido padrinho Carlos Augusto (Kadu), aos que hoje e sempre se alegraram das minhas conquistas, esses seria impossível pontuar, não por ser uma longa lista, mas, por minha incapacidade de colocar em palavras a importância que têm em minha vida.*

*Meu amado marido Rubens Portela que, entrou em minha vida já no meio deste caminho, mas, soube me apoiar, me estimular e ser parceiro em todos os momentos. No chorar de desespero e no chorar de alegria. Seu orgulho de minhas conquistas transparece em seu olhar e no “Inchar do peito” ao falar de mim para outras pessoas. Obrigada por tudo. Amo você!*

*Buscando não me estender mais, saibam que aqueles que não estão aqui nominalmente, encontram-se guardados em lugar de honra em meu coração.*

*Acima de todas as liberdades, dê-me a de saber, de me  
expressar, de debater com autonomia, de acordo com minha  
consciência.*

*(John Milton)*



LOPES, Milena Quaresma. **Pessoa em quimioterapia oral e enfermagem: oportunidade de promoção da autonomia.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2017.

## RESUMO

**Introdução** As doenças crônicas se destacam no perfil de morbimortalidade com tratamentos prolongados tornando-se um grande desafio. Frente ao diagnóstico de câncer, a pessoa inicia um longo caminho com vivências de tratamentos incertos, dolorosos, prolongados, marcando o corpo e a família de diversas maneiras o que implica alterações no caminhar na vida dessas pessoas. As recentes descobertas e avanços da indústria farmacêutica têm buscado desenvolver fármacos para o tratamento do câncer com efeitos tóxicos menos agressivos, trata-se dos fármacos antineoplásicos autoadministrados por via oral. **Objetivo** Compreender o significado da ação de ingerir o fármaco antineoplásico quimioterápico autoadministrado por via oral. **Metodologia** Abordagem qualitativa, com processo metodológico ancorado na fenomenologia sociológica de Alfred Schutz. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das duas instituições envolvidas. O cenário foi um ambulatório de oncologia de um hospital de referência no tratamento do câncer. Foram incluídas no estudo pessoas com diagnóstico clínico de câncer gastrointestinal em monoterapia com o quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina/ Xeloda®, totalizando sete participantes. A coleta de dados utilizou como fundamento a entrevista fenomenologia guiada por um roteiro. As falas foram gravadas e transcrita na íntegra. O conteúdo dos dados foi organizado em matrizes, e a análise fundamentou-se no referencial teórico de Schutz e em literatura temática correlata. **Resultados e Discussão** O grupo foi composto por sete participantes, com idade entre 53 e 87 anos, residentes com seus familiares e que compõe a sua rede social, alimentam-se principalmente de arroz e feijão; as atividades de lazer são desenvolvidas em ambiente doméstico de modo individual; demonstram conhecimento quanto ao diagnóstico a cerca de um ano; fazem uso da terapêutica com Capecitabina® a um tempo médio de sete meses; desconhecem a indicação e período previsto para manutenção da terapêutica; apontam como aspecto facilitador a autoadministração em domicílio e, como aspectos dificultadores o tamanho e a quantidade dos comprimidos. Como razão - o motivo “por que” - da ação de tomar o fármaco, focalizam: tratar a situação diagnosticada pelo médico; quanto ao significado da ação - o “motivo para” - de tomar o fármaco emergiu, como categoria concreta do vivido a cura como solução da situação diagnosticada, expressando o típico da ação. Frente aos resultados apresentados, considera-se importante aos profissionais de saúde, com destaque para a Enfermagem, desenvolverem ações educativas que desenvolvam a autonomia das pessoas, como a consulta de Enfermagem, visando elaborar um cuidado compartilhado com foco numa assistência integral, considerando as propostas de linhas de cuidado e da rede de atenção à saúde. **Considerações Finais** Este estudo buscou compreender o significado da ação, para a pessoa, ao “tomar” o fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina®, considerando suas vivências e experiências durante esta terapêutica. Frente à compreensão do significado da ação de tomada do fármaco, foi possível evidenciar a relevância da atuação de profissionais de saúde, com destaque para a Enfermagem, a fim de desenvolver a autonomia das pessoas e promover o envolvimento destas em sua situação de saúde bem como em sua terapêutica.

**Descritores:** Antineoplásicos; Paciente; Administração oral; Enfermagem.

LOPES, Milena Quaresma. **Person in oral chemotherapy and Nursing: an opportunity to promote autonomy.** Dissertation (Master in Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, 2017.

## ABSTRACT

**Introduction** Chronic diseases stand out in the morbimortality profile with prolonged treatments becoming a great challenge. Faced with the diagnosis of cancer, the person begins a long journey with experiences of uncertain, painful, prolonged treatments, marking the body and the family in different ways which implies changes in the life style of these people. Recent discoveries and advances in the pharmaceutical industry have sought to develop drugs for the treatment of cancer with less aggressive toxic effects, these are oral anti-neoplastic drugs. **Aim** To understand the meaning of the action of ingesting the oral chemotherapy drug antineoplastic chemotherapy. **Methodology** Qualitative approach developed through the methodological process anchored on the sociological phenomenology of Alfred Schutz. The study was approved by the two involved institutional Research Ethics Committees. The setting was a referral hospital for the treatment for cancer oncology's clinic. Persons with a clinical diagnosis of gastrointestinal cancer monotherapy with the oral anti-neoplastic chemotherapy group Capecitabine / Xeloda®, totaling seven participants, were included in the study. The data collection used as a basis the phenomenology interview guided by a script. The speeches were recorded and transcribed in full. The content of the data was organized into matrices, and the analysis was based on Schutz's theoretical framework and related to thematic literature. **Results and Discussion** The group consisted of seven participants, aged between 53 and 87 years old, living with their families and who make up their social network; eat mainly rice and beans; their leisure activities are developed in an individual environment; demonstrate knowledge about the diagnosis for about one year; use Capecitabine® therapy for an average of seven months; do not know the indication and period foreseen to maintain the therapy; indicate as facilitating aspect the self-administration at home and, as aspects difficult the size and quantity of the tablets. As the "reason why" for taking the drug, they focus on: treating the situation diagnosed by the physician; as to the meaning of the action - the "in order to motive" - to take the drug it emerged, as concrete lived category: the cure as a solution of the diagnosed situation, expressing their typical action. It is considered important for health professionals, especially nurses, to develop educational actions that promote the autonomy of the people, such as the Nursing consultation, aiming to elaborate a shared care focused on integral care, considering the proposals of 'caring lines' and the health care network. **Final Considerations** This study sought to understand the meaning of action for the individual by "taking" the oral anti-neoplastic chemotherapeutic drug Capecitabine®, considering their experiences and experiences during this therapy. Facing the understanding of the meaning of the action of taking the drug, it was possible to highlight the relevance health professionals, with emphasis on Nursing, in order to develop the autonomy of the people and promote their involvement in their health situation as well in their therapy.

**Descriptors:** Antineoplastic Agents; Patients; Administration Oral, Nursing

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

	<b>P.</b>
<b>Figura 1. O caminhar da pessoa antes e durante a terapêutica</b>	<b>22</b>
<b>Figura 2. Momentos da Pesquisa</b>	<b>39</b>

## LISTA DE QUADROS

	P.
<b>Quadro 1. Esquema de redução da dose de Capecitabina (Ciclo de três semanas ou tratamento contínuo).</b>	<b>29</b>
<b>Quadro 2. Situação biográfica das pessoas participantes do estudo</b>	<b>44</b>
<b>Quadro 3. Motivos “Porque” dos participantes do estudo quanto a tomada do fármaco Xeloda</b>	<b>54</b>
<b>Quadro 4. Motivos “Para” dos participantes do estudo quanto a tomada do fármaco Xeloda</b>	<b>56</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ANS</b>	Agência Nacional de Saúde Suplementar
<b>CHMP</b>	Comitê de Medicamentos para uso Humano
<b>DNA</b>	Ácido Desoxirribonucleico
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
<b>MASCC</b>	<i>Multinational Assosiation of Supportive Care in Cancer</i>
<b>MOATT</b>	<i>Oral Agent Teaching Tool</i>
<b>NCIC CTG</b>	<i>Natioinal Câncer Institut of Canadá Clinical Trial Group</i>
<b>NIC</b>	<i>Institut National Cancer</i> (EUA)
<b>QT</b>	Quimioterapia
<b>RN</b>	Resolução Normativa
<b>SISREG</b>	Sistema de Regulação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TNM</b>	Tumor / Linfonodo / Metástases
<b>5-Fu</b>	Fluorolacil
<b>5DFUR</b>	5'-deoxi-5fluorouridina

## SUMÁRIO

	P.
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
1.1 Problematização	19
1.2 Objeto de Estudo	23
1.3 Objetivo	23
1.4 Relevância do Estudo	23
<b>2 MARCOS CONCEITUAIS</b>	<b>25</b>
2.1 Quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral	25
2.1.1 <u>Xeloda/Capecitabina<sup>®</sup></u>	28
2.2. Assistência de Enfermagem junto a pessoa em tratamento com fármacos auto administrados por via oral	32
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>35</b>
3.1 Referencial Teórico Metodológico	35
3.2 Trajetória do Estudo	36
3.2.1 <u>Cenário do Estudo</u>	38
3.2.2 <u>Critérios de Inclusão e Exclusão</u>	38
3.2.3 <u>Participantes do Estudo</u>	38
3.2.4 <u>Realização das Entrevistas / Coleta de dados</u>	38
3.2.5 <u>Cronologia dos acontecimentos</u>	41
3.3 Limitação do estudo	42
3.4 Aspectos Éticos	42
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>43</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS E APÊNDICES</b>	<b>70</b>
ANEXO I - Parecer Consubstanciado / CEP - UNIRIO	71
ANEXO II - Parecer Consubstanciado / CEP - INCA	75
APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e esclarecido	86
APÊNDICE II - Roteiro de Entrevista	89

## 1 INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença pode ser considerado como uma construção social e que as relações estabelecidas entre as pessoas colaboram com as práticas utilizadas no manejo das adversidades como a descoberta de uma doença crônica (PINHEIRO et al, 2002). Com este pensamento pode-se dizer que pessoas diferentes, que se inserem na sociedade de maneiras diferentes, têm atitudes, caracterizadas como condutas humanas, diferentes frente a vivência de uma doença crônica como por exemplo o câncer. Assim como também a maneira que lidam com as terapêuticas propostas como tratamento e/ou controle destes agravos à saúde são diferenciadas.

Helman (2003) considera que a maneira como a pessoa, inserida numa determinada sociedade, se situa em relação à doença e como a percebe, é fundamental para determinar o modo de enfrentamento deste agravo à saúde e as terapêuticas propostas. Assim, convém pontuar que os valores e culturas das sociedades influenciam diretamente na maneira como a pessoa vivencia o processo saúde-doença. Esta perspectiva está de acordo com o que Resta e Budó (2004) apresentam: a saúde está intimamente relacionada à cultura, bem como, a maneira de reconhecer e tratar a doença relaciona-se com a visão de mundo idealizada pela pessoa e esta é, em grande parte, influenciada por suas crenças, atitudes e valores culturalmente construídos.

Deste modo torna-se primordial conhecer o mundo da vida da pessoa e de grupos da população a fim de compreender a maneira como estes lidam com o adoecimento e as mudanças, muitas vezes necessárias a seu estilo de vida, em função da terapêutica estabelecida.

Estes pensamentos perpassam também o processo de assistir à pessoa na promoção da saúde e prevenção de agravos. Considerando que o envolvimento da pessoa na terapêutica proposta, e o profissional de saúde junto a pessoa, em especial a Enfermagem oportuniza o compartilhar dos conhecimentos numa via de mão dupla, em que os profissionais compartilham os conhecimentos técnicos-científicos e nesta relação estabelecida, oferece oportunidade para que a pessoa também apresente seus conhecimentos e sua cultura, que devem ser respeitados e considerados no momento de se definir a conduta frente a terapêutica (MARTINS, ALVIM, 2012).

De acordo com Chammas (2013), vivemos um período de transição epidemiológica, nesta realidade, vive-se mais, e doenças que antes eram letais passam a ser mais bem conhecidas e controladas. Neste sentido as doenças crônicas têm papel de

destaque no perfil de morbimortalidade e a vivência de terapêuticas prolongadas ou por toda a vida torna-se um grande desafio (MENDONÇA, 2001). Este desafio se apresenta tanto para pessoa que se encontra como portadora de uma doença crônica quanto ao profissional que a assiste. No entanto, convém pontuar que este desafio é também uma importante oportunidade de compreensão desta situação experienciada pela pessoa vivenciando a terapêutica e, desta compreensão é possível repensar, refletir e propor novas possibilidades de assistência de Enfermagem com vista a atender essas pessoas numa linha de cuidado que perpassa por todos os níveis de atenção à saúde de maneira contínua.

Visando atender as pessoas portadoras de doenças crônicas em abril de 2014 o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a) lança a Portaria nº 483 que redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria considera como doença crônica às “... doenças com início gradual, duração longa ou incerta que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida e, um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura” (BRASIL, 2014a, p.2).

Uma inovação quanto á classificação das doenças crônicas apresentadas por esta Portaria é a inclusão do Câncer como uma doença crônica e a proposta de que a assistência às pessoas portadoras de doenças crônicas seja realizada em todos os níveis de atenção à saúde, desenhando uma linha de cuidado contínua (BRASIL, 2014a).

O Câncer, sob uma perspectiva clínica, é um processo mórbido, caracterizado pelo surgimento de uma célula anormal gerada por mutação do Ácido Desoxirribonucleico (DNA). Esta célula anormal se multiplica descontroladamente, adquirindo características invasivas, podendo ganhar vasos sanguíneos e linfáticos. Assim, esta célula pode ser transportada para outros órgãos e tecidos, fenômeno conhecido como metástases (SMELTZER e BARE, 2011).

Segundo Relatório da Agência Internacional para pesquisa em Câncer (WHO, 2008), o impacto global do Câncer na população mais que dobrou em 30 anos, e as estimativas do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (BRASIL, 2016) para o biênio 2016-2017 prevê que o Brasil deverá registrar 596 mil casos de câncer, caracterizando-o assim como um problema público de saúde.

Ao ser estabelecido o diagnóstico de câncer, a pessoa inicia um longo caminho em que são vivenciados tratamentos incertos, dolorosos, prolongados, marcando o corpo e a família de diversas maneiras. Lima, et al (2012), ressaltam ainda que, por diversas



vezes, ocorre o afastamento dos amigos, a fragilização dos planos de futuro e convive-se com a iminente possibilidade da finitude.

Ao se descobrir ser portador de doença crônica, a pessoa vivencia diversos sentimentos e conflitos internos, estes são comuns e fazem parte dos mecanismos de enfrentamento das inseguranças. Para Kubler Ross (1987), os sentimentos mais comuns são de negação, raiva, barganha, depressão, isolamento e aceitação. No entanto, nem todas as pessoas vivenciam todos estes sentimentos e não existe uma ordem rígida para ocorrência dos mesmos. Kubler Ross (1987) pontua ainda que, ser portador de um câncer não é apenas está com uma doença incurável, pois esta ainda carrega consigo um enorme estigma social. Para Batista, Mattos e Silva (2015), o ser portador de uma doença crônica como o câncer, implica diretamente na vivência de uma terapêutica que costumeiramente acarreta alterações no caminhar da vida dessas pessoas.

Desta forma, cabe clarear a concepção de “Vivência” e “Experiência” considerada neste estudo. No que concerne ao termo vivência, esta é reconhecida por situações vividas pelo próprio indivíduo, enquanto que experiência é sempre uma experiência de algo que o indivíduo, ao se orientar no mundo da vida, é guiado por instruções oferecidas por outros indivíduos (SCHUTZ, 2012).

Barreto e Amorim (2010) apresentam em seu estudo sobre vivência de pessoas com Câncer, que alguns sentimentos como negação, isolamento, raiva, negociação, depressão e aceitação podem se apresentar tanto ao paciente como ao familiar que o acompanha e estes sentimentos, podem interferir no processo de enfrentamento da doença, que por sua vez pode dificultar o envolvimento com o tratamento proposto.

A minha ação social no mundo da vida profissional consiste de vivências e experiências do e no cuidar como Enfermeira: graduada há oito anos, desde junho de 2008, e especialista em Enfermagem Oncológica, desde o ano 2010. Toda minha vivência e experiência profissional estão ancoradas na atenção à pessoa com diagnóstico e em tratamento para o câncer, principalmente junto aqueles em tratamento com quimioterápicos antineoplásicos administrados pela via endovenosa.

Em minha caminhada profissional no cuidar em Enfermagem, pude vivenciar a atenção, assistência e cuidado em saúde oferecida a pessoas portadoras de câncer em serviços particulares de assistência à saúde e hoje o faço em Instituição pública. Esta mesma instituição me propiciou participar de um *Workshop* que reuniu diversos enfermeiros oncologista da América Latina para discutir sobre a situação de acompanhamento do paciente em terapêutica com drogas orais, realizado no ano de

2014 na cidade de Bogotá, Colômbia. O que demonstra que já existe um movimento, ainda que incipiente, da enfermagem em voltar o olhar para estas pessoas.

No mesmo ano de 2014, atuando em uma instituição particular de atenção à saúde, pude acompanhar o movimento desse serviço de saúde em busca de atender as normas da Resolução Normativa (RN) 338 (BRASIL, 2013a) que tornou obrigatória, dentre outras determinações, a disponibilização de fármacos quimioterápicos para autoadministração oral às pessoas portadora de diagnóstico clínico de Câncer.

Ao assistir a pessoa em tratamento quimioterápico ambulatorial, a Enfermagem oportuniza a criação de vínculo profissional, uma vez que, nos centros de infusão de fármacos quimioterápicos, muitos protocolos requerem longa duração de infusão, de até 8 horas ou mais, e são repetidos em intervalos constantes, oportunizando encontros regulares com um profissional enfermeiro (BONASSA, 2012).

Considerando minha vivência profissional, nestes encontros, é possível ao enfermeiro fazer um levantamento da situação de saúde atual da pessoa por ele atendida, em função da terapêutica vivenciada, e à pessoa – usuário do serviço de saúde, é oportunizado momento de esclarecer dúvidas, buscar informações e informar sobre situações adversas, por vezes vivenciadas.

Contudo, destaca-se e, ainda considerando minha vivência como enfermeira, esta oportunidade de encontro entre o profissional enfermeiro e usuário do serviço de saúde, não se apresenta para pessoas que vivenciam a terapêutica com os fármacos quimioterápicos antineoplásicos autoadministrados por via oral.

Cabe ainda apontar que o tratamento para o câncer é constantemente modificado e atualizado, requerendo do profissional atualização e acompanhamento constante dos avanços nesta área. E este é um grande desafio profissional uma vez que reconhecidamente a Enfermagem vivência uma intensa sobrecarga física e psicológica (MARCIELLI, 2011), mas, também é uma importante oportunidade de crescimento profissional, uma vez que amplia os horizontes destes profissionais para uma assistência integral à pessoa atendida (BRASIL, 2005).

Nos últimos quatro anos, desde a publicação da resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) 338/2013 (BRASIL, 2013a), que incorporou a obrigatoriedade da disponibilização dos fármacos orais para a terapêutica do Câncer, para os serviços de saúde suplementar, venho percebendo uma progressiva mudança no panorama das opções de terapêutica com os quimioterápicos

antineoplásico, quanto a forma de administração, até então, sustentado principalmente pela infusão venosa dos fármacos (REIS NETO, 2014).

E foi exatamente a partir desta minha vivência que emergiu o desconforto profissional ao perceber que as pessoas em uso de fármacos quimioterápicos antineoplásicos autoadministrados por via oral, não dispõem de um acompanhamento da equipe de enfermagem, que consistisse numa continuidade de cuidado a saúde visando a integralidade desta, seja em qual for o nível de atenção à saúde como preconiza a Portaria 874/2013 que institui a Política Nacional para prevenção em controle do Câncer nas rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013d).

### **1.1 Problematização**

Considerando o reconhecimento do Câncer como doença crônica, tem-se buscado oferecer as pessoas com este diagnóstico, terapêuticas que as permitam manter seu estilo de vida, o mais próximo possível do anterior ao tratamento instituído (BRASIL, 2013d).

Tradicionalmente o tratamento antineoplásico sustenta-se no tripé: Cirurgia, quimioterapia e radioterapia (BONASSA, GATO, 2012). Para fins deste estudo o foco de atenção é a terapêutica com quimioterápicos antineoplásicos representada pela autoadministração destes fármacos por via oral, uma vez que esta terapêutica representa uma nova abordagem e uma vivência peculiar para as pessoas em tratamento (REIS NETO, 2014).

Com esta mudança na opção da terapêutica, convém que a Enfermagem direcione um olhar cuidadoso e diferente para estas pessoas a fim de compreender estas suas vivências e a partir delas estabelecer uma assistência de enfermagem visando atender as necessidades de saúde dessas pessoas.

Os fármacos quimioterápicos antineoplásicos podem ser encontrados em diversas formas de apresentação e, conseqüentemente, com diversas vias de administração: venosa, intratecal, intravesical, oral, dentre outras; sendo a administração venosa a mais predominante (REIS NETO, 2014; DE VITTA, HELLMAN, ROSENBERG, 2016).

Frente a recentes descobertas e avanços, a indústria farmacêutica vem buscando desenvolver fármacos para o tratamento do Câncer buscando efeitos tóxicos

menos agressivos, os quais além de bem tolerados são também de fácil manejo. Trata-se dos fármacos antineoplásicos autoadministrados por via oral (BEDELL, 2003).

Os fármacos quimioterápicos antineoplásicos autoadministrado por via oral são uma proposta terapêutica, visando diminuir longos períodos de internação em instituições de saúde (REIS NETO, 2014). Neste sentido, também contribui para promover autonomia e mais tempo com familiares e a possibilidade de manter suas atividades laborais, uma vez que estes fármacos são considerados como sendo de “fácil” administração, oportunizando adequar horários e locais para administração, com intuito de promover menos mudanças nas rotinas da vida das pessoas em terapêutica com estes fármacos (BEDELL, 2003).

No entanto, convém destacar que estes fármacos para autoadministração oral oferecem alguns riscos, como importantes efeitos colaterais que precisam ser cuidadosamente manejados e requerem cuidados especiais, pois sua forma de administração apesar de parecer “fácil” apresenta algumas peculiaridades que precisam ser consideradas e respeitadas (MARQUES e PIERIN, 2008).

Desta forma, fazem-se necessárias algumas precauções adicionais, tanto por parte da pessoa que vivencia esta terapêutica, como por parte do profissional de saúde, a fim de que a terapêutica seja implementada de maneira adequada, atendendo a terapêutica proposta e com a total compreensão, aceitação e envolvimento da pessoa diretamente envolvida e, como tal, corresponsável (REIS NETO, 2014).

A pessoa com uma doença crônica como o câncer, vivencia e experiência em seu caminhar pela vida inúmeras situações. Em minha experiência e vivência profissional, pude ouvir relatos de pessoas referentes às mudanças ocorridas em sua vida ao receberem o diagnóstico de uma doença crônica como o Câncer e iniciarem o processo de vivencia da terapêutica.

Ainda considerando minha vivência e experiência profissional, pude compreender como ocorre o caminhar na vida da pessoa que recebe o diagnóstico clínico de câncer. Uma vez estabelecido o diagnóstico a pessoa é encaminhada à Unidade básica de Saúde onde é feito o cadastro do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG), este sistema então, direciona a pessoa para uma Unidade Hospitalar capacitada para o atendimento e terapêutica da pessoa com diagnóstico de Câncer (BRASIL, 2016a).

Considerando o fluxo de pacientes no Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), cenário de minha prática profissional, inicialmente o paciente

é encaminhado á clínica de origem, como neste estudo trabalhamos com pessoas com diagnóstico clínico de Cânceres gastrointestinais, consideraremos como clínica de origem a clínica de “Abdome”. Nesta, é realizada uma consulta médica na qual se define o próximo passo desta pessoa, que poderá ser encaminhada á cirurgia, á oncologia e/ou a radioterapia.

Uma vez encaminhada a Oncologia a pessoa passa por uma consulta de avaliação, realizada por um médico oncologista e, sendo definida a indicação de terapêutica clínica a pessoa procede ao agendamento de uma consulta de primeira vez, esta é realizada por um médico residente e nesta define-se a terapêutica indicada.

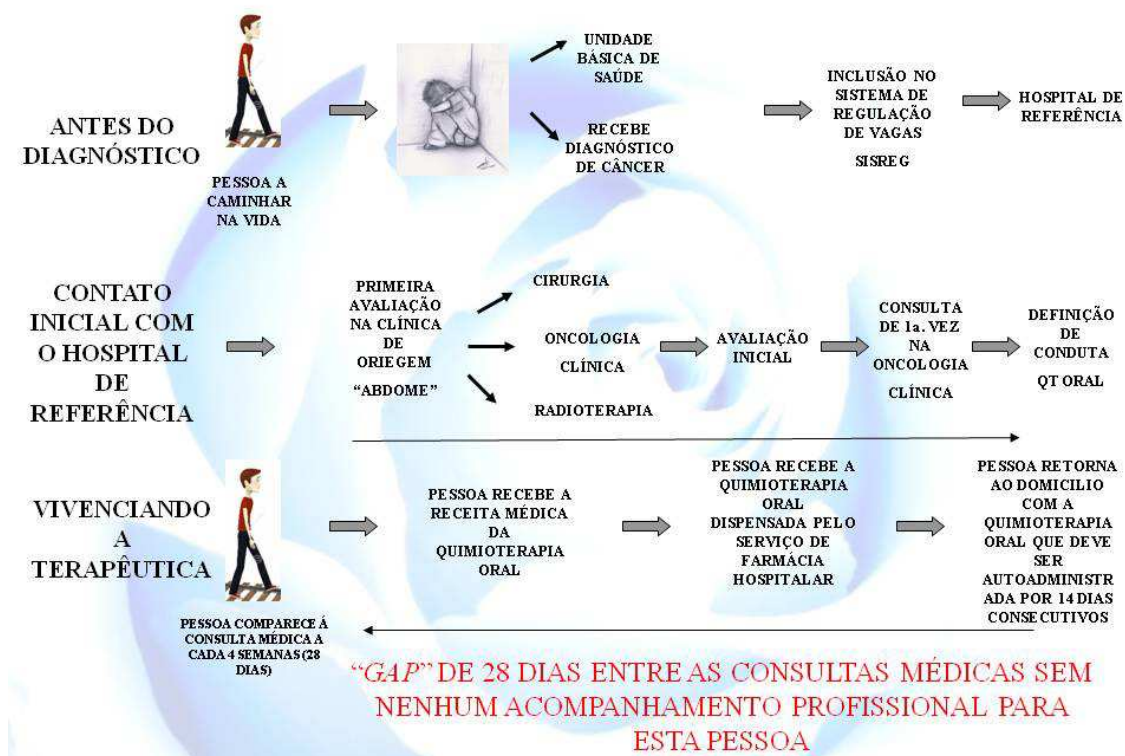
Sendo definida como terapêutica o uso do fármaco autoadministrados por via oral Capecitabina<sup>®</sup>, o paciente é incluído numa lista que serve como forma de controlar a quantidade de pessoas em uso desta terapêutica no Hospital, uma vez que existe uma limitação da disponibilidade deste fármaco na instituição. Estando disponível o fármaco para esta pessoa realiza-se a prescrição médica, a pessoa se dirige ao serviço de farmácia hospitalar onde é feita a dispensação do fármaco.

Uma vez com o fármaco em mãos a pessoa segue para domicílio onde vivencia a tomada do fármaco Capecitabina<sup>®</sup> autoadministrado por via oral no decorrer de 14 dias, fica em “descanso” da tomada do fármaco por 14 dias e retorna ao ambulatório de oncologia num intervalo de 28 dias (a cada quatro semanas) contados do início da tomada do fármaco.

Buscando tornar mais didática a apresentação deste fluxo, foi elaborada uma figura esquemática apresentada a seguir na figura 1.

**Figura 1. Fluxo da pessoa antes do diagnóstico até a vivência da terapêutica estabelecida.**

## O CAMINHAR DA PESSOA ANTES E DURANTE A TERAPÊUTICA



Fonte: O Autor.

Ao analisar este fluxo, fica evidente que existe um intervalo de pelo menos 28 dias entre as consultas médicas. E é esta a problemática que impeliu o desenvolvimento deste estudo, considerando que, em minha experiência profissional: é possível constatar que, a pessoa em tratamento com quimioterápicos antineoplásicos autoadministrados por via oral, não dispõe de um serviço de atendimento e/ou acompanhamento de sua situação de saúde durante a vivência do tratamento no intervalo de tempo entre as consultas médicas.

Considerando a importância do acompanhamento profissional e a compreensão dessas vivências visando captar necessidades de saúde, entende-se que convém conhecer o que é para a pessoa vivenciar o processo de tratamento com quimioterápicos antineoplásicos autoadministrados por via oral. E, a partir deste conhecimento elaborar e desenvolver uma assistência que ofereça a esta pessoa apoio em suas necessidades de saúde (REIS NETO, 2014).

Cabe considerar que a ação de ingerir um fármaco por via oral envolve um fenômeno que emerge da vivência da pessoa. Reconhecendo que toda ação tem em si uma intencionalidade situada na vivência e na experiência da pessoa (TOCANTINS,

2009; SCHUTZ, 2012), este estudo busca compreender o significado desta ação de pegar o fármaco, levar a boca e deglutir.

## **1.2 Objeto de Estudo**

Esta investigação tem como objeto de estudo a vivência da pessoa em tratamento com quimioterápicos antineoplásicos autoadministrados por via oral.

## **1.3 Objetivo**

Compreender o significado da ação de ingerir o fármaco antineoplásico quimioterápico autoadministrado por via oral.

## **1.4 Relevância do estudo**

Partindo da minha atuação como enfermeira oncologista na Central de Quimioterapia Adulto, percebi que as pessoas que vivenciam terapêuticas implementadas pela autoadministração de fármacos quimioterápicos antineoplásicos pela via oral, não dispõem de atendimento e/ou acompanhamento de profissional de saúde, incluindo o enfermeiro, durante esta vivência. Frente a esta constatação busquei desenvolver este estudo como forma de compreensão das vivências dessas pessoas e caminho para reflexão quanto a uma proposta de assistência de enfermagem a essas pessoas.

O Câncer como doença crônica se expressa, considerando a sua magnitude, como um problema público de saúde, além de ser a segunda causa de mortes no mundo (WHO, 2008). Merece destaque que toda terapêutica voltada para o atendimento às pessoas com diagnóstico de Câncer e, vivenciando o processo de tratamento, devem considerar como objetivo a manutenção de seu estilo de vida e voltar o olhar ao atendimento das necessidades assistenciais e de saúde apresentadas neste processo (BRASIL, 2013d).

Outro fato a se considerar é que se busca o envolvimento do usuário do serviço de saúde em todo o processo de tratamento/ terapêutica implementada, buscando desenvolver sua autonomia e corresponsabilização (SOARES e CAMARGO JÚNIOR, 2007). Nesta perspectiva, a terapia com fármacos quimioterápicos antineoplásicos autoadministrados por via oral apresenta-se como maneira de oferecer a pessoa total autonomia sobre seu tratamento, bem como, garantindo a ela a decisão de fazê-lo e

seguir-lo além de ofertar a oportunidade de adequação da terapêutica aos compromissos de vida diária.

O tratamento quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral já é uma realidade e se encontra em constante crescimento (REIS NETO, 2014). Diante deste fato faz-se importante que os profissionais de saúde, destacando-se a Enfermagem, estejam atentos para assistir as pessoas em uso de fármacos quimioterápicos antineoplásicos autoadministrado, tendo como referência suas vivências e experiências.

Esta perspectiva oportuniza refletir a importância da assistência oferecida pelos profissionais de saúde, com destaque para a enfermagem, junto à pessoa em tratamento com quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral. Entendendo-se que a Enfermagem tem maior contato com as pessoas em tratamento em função da assistência prestada, principalmente em ambiente hospitalar, mas, que deve ser estendida também aos ambientes ambulatoriais e aos diversos níveis de atenção à saúde, cabendo assim pontuar que a pessoa deve ser o centro no seu processo de cuidar em todas as instituições de cuidado a saúde (VEIGA, FERNANDES, SADIGURSKY, 2009).

Assim, entende-se que este é um fato importante para que a Enfermagem alcance essas pessoas numa perspectiva de rede de atenção em saúde incluídas à área hospitalar, ambulatorial e a atenção básica (BRASIL, 2014a). Destaca-se ainda que é de grande importância para a pessoa em tratamento ter um profissional de saúde como referência para possíveis e esperadas ocorrências de efeitos adversos em função da terapêutica (REIS NETO, 2014).

Este estudo é ainda relevante uma vez que traz a inovação de olhar para as vivências da pessoa e a partir desta reflete sobre a prática profissional do enfermeiro buscando inovação no assistir a pessoa com diagnóstico clínico de Câncer em terapêutica com fármacos quimioterápicos antineoplásicos autoadministrados por via oral.

Além de contribuir para a construção de conhecimento e fortalecimento do Grupo/Linha de Pesquisa: “Enfermagem e População: Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde”, uma vez que este estudo busca compreender o significado da ação das pessoas deste grupo em uso do fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina<sup>®</sup>, e a partir desta compreensão é possível subsidiar a prática do Enfermeiro junto às estas pessoas.



## 2 MARCOS CONCEITUAIS

### 2.1 Quimioterápicos antineoplásicos autoadministrados por via oral

A quimioterapia antineoplásica consiste na utilização de agentes químicos, isolados ou em combinação, para tratar os tumores malignos (BONASSA e GATO, 2012).

Para Reis Neto (2014) a quimioterapia (QT) oral é uma terapêutica em ascensão na Oncologia onde grande parte das novas moléculas em estudo pela indústria farmacêutica é para uso oral. Hartigan (2003), afirma que das drogas antineoplásicas que circulam no mercado internacional hoje, 5% são orais, porém, dentre as drogas estudadas 25% são orais.

Pacientes em uso desta terapêutica requerem acompanhamento especial já que esta forma de apresentação farmacêutica é geralmente administrada em domicílio, aumentando os riscos de erros e descontinuidade do tratamento (DEMOLINER e CORTE, 2010).

Desde o surgimento dos primeiros fármacos orais foi gerada a expectativa de que estes, por dispensarem o uso dos serviços de saúde, poderiam representar uma redução do custo do tratamento oncológico, o estudo de Hyeda e Costa (2015) corrobora com esta idéia. Reis Neto (2014) aponta que ao longo dos últimos anos, cada vez mais o tratamento oral passa a ser uma indicação que muitas vezes constitui o padrão ou como a única opção para alguns casos.

Cabe aqui atentar para o fato de que estas terapias são complexas, com regimes de dosagem também complexos e perfis diferenciados de toxicidade. Além disso, são medicamentos de alto custo, e com sua crescente indicação, torna-se fundamental compreender melhor as questões clínicas e administrativas que envolvem esses agentes (Reis Neto, 2014). Este autor levanta um ponto importante que é a quebra de paradigma tornando tão relevante a discussão sobre as drogas orais no tratamento do câncer, que até então é centrado na administração venosa em clínicas e hospitais especializados.

É fato que a assistência ao paciente oncológico é uma atividade complexa que deve envolver uma ação interdisciplinar da equipe, e dentre as dificuldades enfrentadas pela equipe, destaca-se a adesão do paciente ao tratamento com os quimioterápicos antineoplásicos de administração via oral. A não adesão pode gerar consequências como a não resolução da queixa do paciente, piora do quadro clínico compromete a

inefetividade da terapia e, em casos mais graves, levar ao óbito (CUNHA, et al, 2009; MARQUES, PIERIN, 2008). A adesão ou não à terapêutica antineoplásica oral pode ser influenciada por diversos fatores, relacionados ao paciente, aos serviços de saúde, às crenças e aos hábitos de vida (PIERIN, 2001). Seguindo este pensamento fica clara a importância de se compreender a vivência da pessoa em tratamento na ótica de quem a vivencia.

É neste cenário que o enfermeiro precisa se recolocar agora não mais como o profissional que administra a terapêutica e sim, como o profissional de referência e atuante no processo educativo junto à pessoa, orientando sobre o uso adequado do fármaco, identificando e auxiliando o manejo dos efeitos colaterais e acompanhamento ambulatorial deste paciente apoiando, esclarecendo possíveis dúvidas e transmitindo a ele segurança e assim, promovendo autonomia.

A terapêutica antineoplásica oral oferece vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens Hoff e Pazdur (1998) apontam a conveniência, a eliminação da necessidade de acesso venoso, à diminuição de tempo de permanência fora de casa e do trabalho e ainda o fato de alguns fármacos antineoplásicos de administração oral serem associados a um número menor de efeitos colaterais. Este mesmo autor aponta como desvantagens, a variação na absorção dos fármacos, a adesão do paciente, o manejo dos efeitos colaterais e os custos destas drogas. Este último pensamento corrobora com Starner et al (2010) que demonstrou através de seu estudo que, quanto maior o desembolso do paciente maior é a chance de abandono do tratamento.

Para Viele (2007), a devida orientação sobre as propostas de tratamento, efeitos esperados e indesejáveis das drogas, além de adequar a tomada dos fármacos com as atividades rotineiras da pessoa, são recursos que podem auxiliá-los. Esta autora coloca ainda a necessidade de uma avaliação regular nos retornos ambulatoriais e a prática de busca dos faltosos. Reis Neto (2014), reafirmada esta assertiva assegurando a importância de se oferecer garantia de suporte e apoio no caso de eventuais intercorrências.

Marques e Pierin (2008) dizem que o uso de fármacos de ação antineoplásicas autoadministradas por via oral tem apontado para um novo paradigma no tratamento das pessoas com diagnósticos de câncer, atualmente, conta-se com um arsenal terapêutico efetivo, além de permitir que o tratamento seja administrado em domicílio ou mesmo no ambiente de trabalho. Estas possibilidades oferecem maior conforto e controle ao

paciente sobre sua saúde e sua vida, uma vez que, pode-se considerar que causam menores mudanças em seus hábitos de vida e trabalho.

É primordial ressaltar que, os profissionais de saúde devem estar preparados para oferecer assistência de qualidade as pessoas em uso desta terapêutica, identificando os efeitos indesejáveis das drogas, acompanhando a adesão da pessoa ao tratamento, atentando-se para as possíveis interações entre os fármacos antineoplásicos com outras drogas e medicamentos e oferecendo apoio e esclarecimentos.

Em janeiro de 2013 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), se adiantou a esta mudança que se apresenta no tratamento ao paciente Oncológico e definiu um Rol de procedimentos e eventos em saúde (BRASIL, 2013a).

Utilizando-se da Resolução Normativa nº 338/2013, publicada em 22 de outubro de 2013, no Diário Oficial da União, a ANS atualizou a lista de procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, incorporando novos procedimentos, com destaque para os quimioterápicos orais usados no tratamento domiciliar do Câncer (BRASIL, 2013c).

Ainda em 2013 foi aprovada a Lei 12.880 de 12 de novembro de 2013, que alterou a Lei 9.656/98. A partir de sua vigência, em maio de 2014, passam a ser incluídos entre as coberturas obrigatórias dos planos privados de assistência à saúde, em todo território nacional, antineoplásicos de uso oral, procedimentos radioterápicos para tratamento de Câncer e hemoterapia (BRASIL, 2013c).

A infraestrutura operacional e financeira da prática da Oncologia sempre se baseou na administração parenteral da quimioterapia Weingart e Lentsch (2006), a partir desta mudança no cenário da assistência oncológica alguns estudos tentam demonstrar que programas de monitoramento especializados nos quimioterápicos orais podem contribuir não só para evitar os desperdícios de utilização, mas, também para reduzir o número de internações para controle dos efeitos adversos, e nesta perspectiva a Enfermagem pode ser de grande contribuição.

Reis Neto (2014) traz uma colocação que caracteriza perfeitamente a importância da facilitação do acesso ao tratamento oncológico, uma vez que na Oncologia, ainda que respaldado na letra fria da lei negar o acesso da população a determinadas tecnologias em alguns casos pode significar a diferença entre a vida e a prematuridade da morte.

### 2.1.1 Xeloda/Capecitabina<sup>®</sup>

Dentre os fármacos antineoplásicos de administração oral, para efeito deste estudo traremos em destaque a Capecitabina/ Xeloda<sup>®</sup> uma vez que este é o fármaco oral utilizado em maior quantidade no cenário em que este estudo se desenvolveu e esta realidade foi a mesma encontrada no estudo de Hyeda e Costa (2015).

O fármaco Xeloda/Capecitabina<sup>®</sup> teve sua utilização aprovada em seres humanos em fevereiro de 2011 pelo Comité dos Medicamentos para uso Humano (CHMP) (EMA, 2015).

A Capecitabina/Xeloda<sup>®</sup> é um agente citostático encontrado em duas apresentações de miligramagem: 150mg ou 500mg em forma de comprimidos revestidos sendo a Capecitabina<sup>®</sup>/ Xeloda seu princípio ativo. Pode ser usado em regime de combinação de drogas ou como agente único, neste estudo considerou-se sua aplicabilidade como agente único.

A Xeloda/Capecitabina<sup>®</sup> é indicada para o tratamento do Câncer de mama, Câncer colorretal e Câncer gástrico. Para fins deste estudo serão consideradas pessoas com tumores Colorretal e Gástrico uma vez que no cenário deste estudo não são acompanhadas pessoas portadoras de neoplasia mamária.

As estimativas do INCA para o biênio 2016-2017 preveem a ocorrência de 20.520 casos novos de Câncer gástrico e 34.280 casos novos de câncer de Cólon e Reto. Somados os Cânceres da região gastrointestinal estima-se uma ocorrência de 54.800 casos novos (BRASIL, 2016).

Xavier et al (2010) alerta que o câncer gera efeitos não apenas nos sistemas biológicos, mas também, grandes repercussões psicológicas por serem estigmatizantes e embutidas de significados sociais de preconceito. E que o câncer de cólon e reto pode ainda gerar distúrbios na imagem corporal das pessoas acometidas que se associam a mudanças radicais no padrão alimentar, configurando, portanto num novo estilo de vida e readaptação do corpo e dos hábitos de vida.

O primeiro e mais importante passo do tratamento dos cânceres colorretais ocorreu com o desenvolvimento da molécula de 5-fluorouracil (5-fu). Em busca de melhorar os resultados obtidos com o 5-fu surgem pesquisas com o uso de fluoropirimidinas orais com destaque para a Xeloda/Capecitabina<sup>®</sup> (SAAD, HOFF, 2004). Ainda no início deste século a Xeloda/Capecitabina<sup>®</sup> apresentava a idéia de

manter uma exposição prolongada ao 5-fu e trazer a conveniência da administração pela via oral.

A Xeloda/Capecitabina<sup>®</sup> é um carbonato de fluoropirimidina que atua como pró-droga para administração oral. A molécula 5'-deoxi-5fluorouridina (5DFUR) é convertida enzimaticamente in vivo para 5-fluorouracil (ROCHE, 2000).

A dosagem deste fármaco é calculada de acordo com a superfície corpórea da pessoa, e tem como referência pelos estudos realizados para sua aprovação, as doses iniciais protocoladas de 1000mg/m<sup>2</sup> ou 1250mg/m<sup>2</sup> ambas autoadministrados duas vezes ao dia.

Em se tratando de agente quimioterápico antineoplásico, ainda que para autoadministração via oral, podem ocorrer toxicidades em função desta terapêutica. Os estudos desenvolvidos para aprovação deste fármaco sinalizam que as toxicidades podem ser controladas por tratamentos sintomática ou por modificação da dose (redução ou interrupção) e uma vez reduzida a dose não deverá ser posteriormente aumentada (EMA, 2015).

Os graus de toxicidade são avaliados de acordo com os critérios comuns de toxicidade (versão 1) estabelecidos pelo National Cancer Institute of Canada Clinical Trial Group (NCIC CTG) ou com os Common Terminology Criteria for adverse Therapy Evaluation Program US National Cancer Institute (versão 4.0), no que se refere a síndrome Mão-pé (EMA, 2015).

A fim de organizar a recomendação de redução ou interrupção de dose do fármaco Capecitabina de acordo com os graus de toxicidade a EMA (2015) apresenta uma tabela de referência. Este quadro se apresenta replicado no Quadro 1.

**Quadro 1. Esquema de redução da dose de Capecitabina (Ciclo de três semanas ou tratamento contínuo).**

Graus de Toxicidade	Alteração de doses durante um ciclo de tratamento		Ajuste da dose para o ciclo/dose seguinte (% da dose inicial)
Grau 1	Manter dose		Manter dose
Grau 2			
- Primeira Ocorrência	Interromper até se alcançar o grau 0-1		100%
- Segunda Ocorrência			75%
- Terceira Ocorrência			50%
- Quarta Ocorrência	Descontinuar definitivamente o tratamento		Não aplicável
Grau 3			
- Primeira Ocorrência	Interromper até se alcançar o grau 0-1		75%
- Segunda Ocorrência			50%
Terceira Ocorrência	Descontinuar		Não aplicável

	definitivamente o tratamento		
Grau 4			
- Primeira Ocorrência	Descontinuar definitivamente o tratamento ou Se o médico considerar que é favorável para o doente continuar o tratamento, interromper o tratamento até alcançar o grau 0-1		50%
- Segunda Ocorrência	Descontinuar definitivamente o tratamento		Não aplicável

Fonte: EMA, 2015.

Os Cânceres Colorretais têm como fatores de risco a idade, sexo masculino, pólipos colônicos, história individual e/ou familiar de câncer colorretal e fatores ambientais (SARAGIOTTO et al, 2013). Para Wolin et al (2010) e Giovannucci e Chan (2010) a prática regular de exercícios e o uso crônico de ácido acetilsalicílico são fatores de proteção. Para estes a Xeloda/Capecitabina<sup>®</sup> é indicada para o tratamento adjuvante de pacientes com câncer colorretal Dukes C (estágio III), submetidos à ressecção completa do tumor primário, nos casos em que haja preferência para terapia com fluoropirimidinas e é indicado como tratamento de primeira linha de pacientes com câncer colorretal metastático podendo ser associado com a Oxaliplatina ou com a Oxaliplatina e com o Bevacizumab.

O Câncer de cólon pode se apresentar de maneira sintomática ou assintomática. Nos casos assintomáticos o diagnóstico é feito pelos exames de rastreamento recomendados para as pessoas acima de 50 anos Lieberman (2009) e confirmado pelo exame anatomopatológico em material obtido normalmente pelo colonoscopia (SARAGIOTTO et al, 2013). Em casos de doença localizada o tratamento pode ser cirúrgico seguido de tratamento quimioterápico adjuvante com diversos esquemas distintos. E em casos de doença metastática realiza-se o tratamento quimioterápico paliativo (SARAGIOTTO et al, 2013).

Segundo Araújo (2013) mais de 50% dos casos de câncer gástrico ocorre em pessoas com mais de 50 anos e há predomínio de incidência em homens. Um dos fatores de risco mais conhecidos é a ocorrência de infecção pela bactéria H. pylori. Dentre os tipos histológicos o adenocarcinoma é o mais comum representando cerca de 90% dos casos.

O diagnóstico se inicia com a história clínica e o estadiamento, já que para Kwee e Kwee (2007) o estadiamento acurado considerando a classificação TNM, é o elemento significativamente mais determinante do plano de tratamento adequado e conseqüentemente forte preditor de sobrevida e recorrência nessa doença, posteriormente deve ser feita de implementada a terapêutica.

Para a doença localizada o tratamento cirúrgico é a única opção curativa. Em casos de doença localmente avançada indica-se o tratamento neoadjuvante, com intuito de diminuir o tamanho do tumor facilitando o tratamento cirúrgico posterior com maior índice de ressecções “R0”, aqui “R0” representa uma cirurgia em que foi retirado todo o tumor deixando as margens livres (SARAGIOTTO et al, 2013).

O tratamento adjuvante tem como intenção à melhora do prognóstico e da sobrevida dos pacientes elegíveis para a abordagem primária cirúrgica e vem sendo extensamente estudados nos últimos 30 anos (SARAGIOTTO et al, 2013).

A quimioterapia paliativa requer atenção redobrada em sua indicação. É preciso plena certeza da indicação do tratamento cirúrgico seguido pela definição consciente de qual terapêutica implementar.

Para o câncer gástrico a Capecitabina<sup>®</sup>/ Xeloda é indicada como tratamento de primeira linha para pacientes em estágio avançado, desde que associado com compostos de platina, como a cisplatina ou Oxaliplatina.

Considerando as vantagens e desvantagens apresentadas no tratamento com drogas orais, cabe ressaltar que esta terapêutica não é livre de reações indesejadas. Para a Organização Mundial da Saúde Reação adversa é definida como:

“Qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, a um medicamento, a qual se manifesta após a administração de doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doença ou para modificação de função fisiológica” (WHO, 2002).

As reações adversas são um sério problema tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde. Heineck, Camargo e Ferreira (2004) alerta que as reações adversas são responsáveis por sofrimento e piora da qualidade de vida das pessoas, aumentam os custos do tratamento com a necessidade de novos exames, procedimentos diagnósticos e maiores períodos de internação para manejos dos mesmos.

Buscando padronizar a identificação e classificação de reações adversas em pacientes em tratamento antineoplásico o Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos (NIC) publicou em 2003 o “Common Terminology Criteria for Adverse Events

(CTCAE), que apresenta terminologia descritiva de eventos adversos acompanhada de uma escala de severidade podendo ser utilizada para a detecção de reações adversas (USA, 2010)”.

A Capecitabina/ Xeloda® em monoterapia foi responsável por diversas reações adversas. Podendo ser observados distúrbios do metabolismo e da nutrição como a anorexia, distúrbios do sistema nervoso como tonturas e cefaleia, distúrbios oculares como aumento do lacrimejamento e conjuntivite, distúrbios gastrointestinais como diarreia, vômito e náuseas, distúrbios hepatobiliares com a ocorrência de hiperrubulinemia, ocorrência de fadiga e letargia.

A ocorrência que afeta de maneira mais significativa a qualidade de vida das pessoas em tratamento com a Capecitabina/ Xeloda® é a caracterizada pelos distúrbios de pele e tecido subcutâneo, conhecida como eritrodisestesia palmo-plantar ou “Síndrome Mão-pé”. Esta Síndrome se apresenta como processo inflamatório intenso nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, podendo ocorrer formação de bolhas e descamação tecidual. A ocorrência desta nos graus 2/3 é indicativa de suspensão do tratamento (BONASSA e GATO, 2012).

## **2.2 Assistência de Enfermagem junto a pessoa em tratamento com fármacos auto administrados por via oral**

Considerando minha vivência e experiência profissional, apresentei anteriormente o fluxo da pessoa com diagnóstico clínico de Câncer gastrointestinal e em terapêutica com o fármaco quimioterápico autoadministrado por via oral Xeloda/Capecitabina® no cenário em que este estudo se desenvolve.

Partindo-se deste fluxo tornou-se possível identificar que no intervalo entre as consultas médicas, que ocorrem em média a cada 28 dias (quatro semanas), e que corresponde ao período em que a pessoa vivência a autoadministração deste fármaco em seu domicílio, esta pessoa não dispõe de nenhum acompanhamento profissional bem como não tem um profissional como referência para possíveis ocorrências adversas. Desta identificação surge a seguinte questão: Como é para esta pessoa esta vivência?

Neste ponto consideramos que o profissional enfermeiro, na condição precípua de educador em saúde, precisa conhecer a realidade socioeconômica, política e cultural na qual a pessoa assistida encontra-se inserida, a fim de resgatar essa pessoa como



cidadã ativa e participante do seu processo de cuidado em saúde, sendo esta uma proposta que atende ao plano de cuidado compartilhado (MARTINS; ALVIM, 2012).

Apesar do grande benefício alcançado pela terapêutica com fármacos autoadministrados por via oral, convém reconhecer que existem grandes desafios a serem superados como, por exemplo, a adesão das pessoas ao tratamento mesmo frente a reações adversas, e a Enfermagem deve se posicionar em apoio a esta pessoa.

Crespo-Fierro (1997) e Sinkoc et al (1999) retratam que fatores como a quantidade de medicamentos, a necessidade de períodos de jejum, a incompatibilidade entre drogas, a dificuldade na compreensão das metas da terapia e da implicação de seu uso inadequado contribui dificultando o processo terapêutico.

Importante perceber que as taxas de adesão ao tratamento de doenças crônicas com tratamento prolongado são normalmente baixas, este fato é agravado quando a terapia é associada a uma doença com limitada perspectiva de vida, estando isto relacionado a fatores como as características do paciente, o regime de tratamento, o vínculo com os profissionais, a inserção social e a severidade da doença (WILLIAMS, 1999, ICKOVIS e MEISLER, 1997).

Na concepção de Willians (1999) a Enfermeira mostra-se como o profissional mais familiarizado com o desafio da adesão das pessoas a terapêuticas com fármacos autoadministrados por via oral, uma vez que possui ampla experiência na abordagem a pacientes com doenças crônicas de longo percurso como a Hipertensão arterial e o Diabetes. No entanto, a atuação da equipe de saúde, em especial a Enfermagem, não deve se focar apenas na questão da adesão ao tratamento.

Os estudos de Tourete-Turgis (1997) e de Crespo-Fierro (1997) consideram a atenção individualizada a grande aliada para melhorar a adesão das pessoas às terapêuticas com fármacos autoadministrados por via oral e a relação enfermeiro-paciente a ferramenta mais importante para a efetivação da terapêutica.

Ainda considerando Tourete-Turgis (1997) soluções formuladas em conjunto (enfermeiro-paciente) tendem a ser mais respeitadas e apresentam maior empenho para que deem certo, sobrepondo-se as respostas prontas e pré-fixadas. Convém que a atenção seja individualizada.

Estudo desenvolvido por Figueiredo et al (2001) apontam para existência de dificuldades e erros na utilização de esquemas complexos de terapêutica medicamentosa. Convém acreditar que esta situação pode ser superada se a pessoa encontrar um profissional da equipe de saúde que lhe sirva como referência, oferecendo

apoio e esclarecendo dúvidas, nesta perspectiva a Enfermagem se apresenta como profissional tradicionalmente de maior acessibilidade.

A fim de acompanhar o seguimento das orientações profissionais, quanto a fármacos orais utilizados por pessoas em tratamento para o câncer, em especial as pessoas que fazem uso de quimioterápicos antineoplásicos autoadministrados por via oral, alguns estudos vêm sendo desenvolvidos, dentre eles destaca-se a elaboração de um instrumento de auxílio aos profissionais de saúde para educação e avaliação de pacientes que recebem quimioterápicos antineoplásicos autoadministrados por via oral (RITTENBERG, 2012).

Este instrumento é chamado de MOATT (Oral Agent Teaching Tool) traduzido para o Português como “Ferramenta de ensino para pacientes em tratamento oncológico oral” (MASCC, 2017).

A construção e o desenvolvimento deste instrumento, foram idealizados pela *Multinational Association of Supportive Care in Cancer* (MASCC) e contou com o envolvimento de um grupo de profissionais especialistas na área de oncologia. Este instrumento encontra-se traduzido para diversos idiomas entre eles o português e pode ser acessado no *site* da MASCC ([www.mascc.org](http://www.mascc.org)) (RITTENBERG, 2012).

O instrumento se subdivide em quatro seções. A primeira seção busca fazer um levantamento quanto ao conhecimento que a pessoa já possui em relação ao fármaco (Chave de avaliação), a segunda seção aponta algumas orientações gerais para a pessoa, (Educação do paciente), a terceira seção traz orientações pré-estabelecidas específicas do fármaco (Informação específica sobre o medicamento) e a quarta seção traz algumas questões acerca do que foi orientado como forma de avaliação da apreensão do que foi informado (Avaliação) (RITTENBERG, 2012)..

Apesar da reconhecida importância e aplicabilidade deste instrumento, cabe aqui pontuar que, o mesmo não contempla a questão das vivências das pessoas e por isso não foi utilizado neste estudo.

### **3 METODOLOGIA**

Este estudo pousa sobre uma abordagem qualitativa que, segundo Merighi e Praça (2003), permite trabalhar com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes das pessoas envolvidas, podendo ainda contribuir para a aproximação entre o conhecimento e a prática na medida em que auxilia a compreensão dos sentimentos das pessoas, explicitando suas ações diante de uma situação problema.

Para Minayo (2014), a metodologia qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais, assim, é possível reconhecer que existe uma intencionalidade em nossos atos, ações, atitudes e decisões.

#### **3.1 Referencial Teórico Metodológico**

O processo metodológico no qual este estudo foi desenvolvido é a fenomenologia sociológica de Alfred Schutz (SCHUTZ, 2012; JESUS et al, 2013). Ancorado neste processo metodológico buscou-se articular as concepções deste autor a análise compreensiva das falas dos usuários a fim de apreender o significado das ações desenvolvidas pelas pessoas na vivência da terapêutica com o fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina®.

O movimento filosófico da Fenomenologia foi criado por Edmund Husserl como reação ao empirismo positivista, e tem como tarefa mostrar os fatos não construídos “para” pessoa e sim “pela” própria pessoa (CAPALBO, 1998). Contemporâneo de Husserl, Max Weber propôs a busca dos fundamentos para uma sociologia compreensiva (SCHUTZ, 2012).

Ancorado nos pensamentos destes filósofos, Husserl e Weber, Schütz construiu então, uma teoria da ação social. Weber o inspirou na perspectiva de interpretação da realidade social pautada na significação dos atos pelo sujeito na prática e Husserl trouxe a compreensão dos fenômenos sociais a partir dos significados atribuídos pelo sujeito à ação (SCHUTZ, 2012).

Reconhecendo a subjetividade e singularidade do objeto desse estudo, a vivência da pessoa em terapêutica com o fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral, entende-se que a Fenomenologia Sociológica de Alfred Schütz se adequa como referencial teórico-metodológico, ao oportunizar compreender as inquietações que envolvem a ação de “tomar” (ação aqui compreendida com ato de

pegar o fármaco, levar a boca e deglutir) o fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina<sup>®</sup>, proposto como terapêutica.

### 3.2 Trajetória do Estudo

Após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), o primeiro movimento de pesquisa foi solicitar junto ao serviço de farmácia hospitalar, a relação nominal e os respectivos registros hospitalares dos pacientes em uso do fármaco Capecitabina<sup>®</sup>. Em 03 de agosto de 2016 foi disponibilizada uma listagem com dados de 100 pessoas em uso da Capecitabina<sup>®</sup> na Instituição, referente ao período de 01 de janeiro de 2016 a 30 de junho de 2016, este quantitativo é referente a capacidade de disponibilização deste fármaco nesta instituição segundo informação do responsável pelo serviço de farmácia hospitalar. Destaca-se que esta investigação foi desenvolvida considerando estes dados disponibilizados em 03 de agosto de 2016, independente das atualizações posteriores desta listagem.

O serviço de Farmácia hospitalar forneceu também uma listagem com as primeiras datas de retirada do fármaco Capecitabina<sup>®</sup> no serviço. Esta listagem foi primordial para estabelecer a quanto tempo essas pessoas faziam uso deste fármaco, visto que um critério de inclusão estabelecido para este estudo é que as pessoas devem vivenciar esta experiência, há um tempo mínimo de um mês.

Com a relação nominal dos dados das pessoas em uso do Capecitabina<sup>®</sup>, disponibilizada pelo serviço de farmácia hospitalar, procedeu-se ao acesso da intranet, um sistema interno de registro hospitalar, buscando a movimentação de atendimento quimioterápico. Esta movimentação acontece sempre que uma pessoa é atendida na Central de Quimioterapia e recebe algum fármaco antineoplásico quimioterápico administrado pelas vias venosa, intramuscular ou subcutânea, esta informação foi necessária para atender o critério de inclusão referente a pessoas em monoterapia com o fármaco oral Capecitabina<sup>®</sup>, sendo então, conseqüentemente excluídas as pessoas em terapia combinada.

Após este acesso à Intranet, identificou-se que das 100 pessoas incluídas na lista do serviço de farmácia hospitalar, 15 pessoas faziam uso exclusivo da Capecitabina<sup>®</sup>. Uma vez selecionadas estas 15 pessoas em monoterapia exclusiva com a Capecitabina<sup>®</sup>, ainda pela intranet, procedeu-se ao levantamento da data e horário que a pessoa estaria na instituição para consulta médica no ambulatório de Oncologia.

Nesta segunda busca na Intranet, identificou-se que, 02 (duas) pessoas faziam tratamento associado com outro fármaco de administração venosa, 01 (uma) pessoa havia sido encaminhando aos Cuidados paliativos por evolução do quadro clínico e 01 (uma) havia ido a óbito. Desta maneira ficaram 09 (nove) pessoas em uso exclusivo do fármaco Capecitabina<sup>®</sup> há um tempo igual ou superior a um mês. Assim, foram identificados os dias em que estas pessoas estariam no Ambulatório de Oncologia Clínica para consulta médica.

Nos dias agendados para consulta médica, a pesquisadora abordou a pessoa assim que a mesma chegou a recepção do ambulatório e fez o convite para participação no estudo. Frente à concordância, o participante foi encaminhado a um consultório previamente solicitado e reservado para a entrevista, buscando garantir a tranquilidade e a privacidade da pessoa.

Com vistas a assegurar o atendimento médico pré-agendado os médicos foram informados quanto à localização do paciente e criou-se uma sinalização (etiqueta amarela informando o consultório da entrevista) que era colada nos prontuários sinalizando que o paciente se encontrava com a pesquisadora. Cuidado adicional se teve ainda quando consideramos a ordem prevista de atendimento médico, priorizando as pessoas que ocupavam os últimos horários previstos, a fim de garantir que sua consulta médica não fosse prejudicada.

Uma vez no consultório para entrevista, foi oferecido ao participante em potencial o devido esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato da pessoa e do seu direito de participar ou não da mesma. Foi destacado que a opção em participar, ou não, na /da entrevista não influencia / influenciará no 'atendimento institucional'. Após estes esclarecimentos solicitou-se aos participantes a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I), uma vez compreendido e aceito, foi assinado pelo participante, e pela pesquisadora responsável, tendo sido emitido em duas vias (02 páginas), ficando uma via com o participante do estudo e a outra com a pesquisadora, que assume o compromisso de mantê-los arquivados por um período de cinco anos conforme recomendação da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

### 3.2.1 Cenário do Estudo

Este estudo teve como cenário um ambulatório de Oncologia Clínica de um Hospital de referência para acompanhamento e tratamento de pessoas portadoras de diagnóstico clínico de Câncer. Esta instituição localiza-se em um grande centro urbano na região sudeste do Brasil.

### 3.2.2 Crítérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas no estudo pessoas atendidas no ambulatório de oncologia da Instituição cenário do estudo, com idade superior ou igual a 18 anos, com diagnóstico clínico de cânceres gastrintestinais em monoterapia com o quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina<sup>®</sup> a um tempo mínimo de um mês.

Este fármaco foi o selecionado porque segundo levantamento da farmácia hospitalar do referido hospital é o fármaco oral mais utilizado na instituição e este dado corrobora com o resultado encontrado no estudo de Hyeda e Costa (2015).

Foram excluídas do estudo as pessoas que vivenciavam outras terapêuticas, com fármacos quimioterápicos antineoplásicos administrados por outras vias de administração como a venosa, subcutânea e intramuscular. Este critério foi adotado para manter o foco do estudo apenas nas pessoas que vivenciam a experiência da autoadministração do fármaco por via oral.

### 3.2.3 Participantes do Estudo

Das nove pessoas que atenderam aos critérios de inclusão no estudo, sete pessoas com diagnóstico clínico de câncer gastrintestinais em terapêutica com o fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina<sup>®</sup> a um tempo mínimo de um mês compuseram os participantes do estudo.

### 3.2.4 Realização das entrevistas / Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2016 a janeiro de 2017, e se utilizou a entrevista fenomenológica semiestruturada, norteadas por um roteiro (Apêndice II). O roteiro de entrevista permitiu a localização da situação biográfica, dos

dados clínicos e terapêuticos e, utilizando-se de uma questão fenomenológica buscou-se responder ao objetivo deste estudo.

A fim de garantir a integridade e integralidade da informação e falas, o conteúdo das entrevistas foi gravado em aparelho celular através de aplicativo de gravação de voz; e posteriormente, transcritas na íntegra, possibilitando a análise dos dados. Todos estes momentos da pesquisa encontram-se representados na Figura 2.

**Figura 2. Momentos da Pesquisa.**



Fonte: O Autor.

A primeira entrevista aconteceu em 16 de agosto de 2016, por volta das 8:30 da manhã. Ao chegar para consulta médica a pessoa é “efetivada” em um sistema de agendamento de consultas chamado “Alert”. Desta maneira, estando a pesquisadora na recepção do ambulatório, pôde acompanhar a chegada da paciente.

A primeira abordagem foi realizada ainda na recepção do Ambulatório de Oncologia, quando a pesquisadora se dirigiu a pessoa selecionada para o estudo e explicou sucintamente a intenção do estudo seguindo-se ao convite para participação. Frente ao aceite em participar do estudo, a pessoa foi convidada a se dirigir a um consultório onde a entrevista pôde ser realizada, respeitando a privacidade, a participante compareceu acompanhada por um familiar.

Uma vez já no consultório maior esclarecimento foi dado a participante e fora oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que a participante pudesse fazer a leitura do mesmo. Depois de findada a leitura, as dúvidas surgidas foram esclarecidas, procedeu-se à assinatura do TCLE (Apêndice I) e, deu-se início a entrevista.

Na segunda entrevista, a pessoa estava agendada na Oncologia em 23/8/2016, assim como ocorreu na primeira entrevista a pesquisadora estava na recepção e pode fazer a primeira abordagem logo na chegada da paciente ao ambulatório. No entanto, ela foi imediatamente convidada a entrar para a consulta médica e disse ter outro compromisso após, e por este motivo não poderia fazer a entrevista naquele momento. A participante informou também que estaria novamente no hospital da semana seguinte para uma consulta com o serviço de nutrição e se disponibilizou para a entrevista na semana seguinte em horário que antecederesse a consulta no serviço de nutrição. Assim, agendou-se a entrevista para 30/8/2016 às 11 horas.

Conforme o acordado a participante compareceu ao ambulatório de Oncologia na data previamente agendada, a mesma se identificou na recepção do ambulatório e procurou pela pesquisadora que já estava a sua espera e já havia informado sua chegada às recepcionistas. A participante foi então convidada a entrar em um consultório previamente reservado e concedeu a entrevista. A participante compareceu acompanhada por um familiar.

A abordagem aos demais participantes deu-se como nas entrevistas anteriores: abordagem inicial na recepção, convite ao consultório, assinatura do TCLE, entrevista fenomenológica.

A terceira entrevista aconteceu em 05 de dezembro de 2016 por volta das 8 horas. A quarta entrevista deu-se no dia seguinte em 06 de dezembro de 2016 por volta das 13h30min horas. A quinta entrevista aconteceu em 05 de janeiro de 2017 por volta das 10 horas. A sexta entrevista aconteceu em 11 de janeiro de 2017 por volta das 9 horas; todos estes participantes também compareceram acompanhados por um familiar. Neste momento das entrevistas já era possível perceber a ocorrência da saturação dos dados, uma vez que as falas se tornaram repetitivas e já se podia identificar a resposta ao objetivo do estudo, mas, optou-se por seguir com mais uma entrevista a fim de comprovar esse fato.

A sétima entrevista aconteceu em 28/1/2017 por volta das 10 horas. Nesta ocasião o participante havia comparecido a unidade hospitalar para acompanhamento



pelo serviço de estomoterapia. E foi neste serviço que ocorreu a primeira abordagem. Frente à demonstração de interesse em participar do estudo, o participante foi então convidado a se dirigir ao ambulatório de Oncologia onde a entrevista ocorreu conforme as anteriores, o participante compareceu acompanhado por familiar. A fim de organizar de modo objetivo a identificação das pessoas participantes do estudo, utilizou-se caracteres alfanuméricos para caracterizá-las (E1, E2...) de acordo com a ordem de ocorrência das entrevistas.

O período de coleta de dados ocorreu de agosto de 2016 a janeiro de 2017. Este período foi maior que o previsto uma vez que a pessoa em terapêutica com o fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral, a Capecitabina<sup>®</sup>/Xeloda, compareceram a Instituição uma vez a cada 28 dias em média. Com isso, caso a pessoa não pudesse participar da entrevista naquela data, nova oportunidade se apresentaria apenas no mês seguinte, o que acarretou um período de coleta de dados de seis meses.

### 3.2.5 Cronologia dos acontecimentos

Ao alcançar a saturação dos dados, evidenciada pela repetição das falas, findou-se o período de coleta dos dados. À medida que as entrevistas foram realizadas eram feitas as transcrições, na íntegra, das falas imediatamente. Ao finalizar todas as transcrições, os dados foram organizados em matrizes de análise, tendo sido agrupados considerando a “Situação biográfica”, os “Aspectos referentes a situação clínica de saúde”, os “Aspectos relacionados a tomada do fármaco Capecitabina<sup>®</sup>/Xeloda” e as motivações das pessoas a partir dos seus “Motivos Porque”, razão na qual se baseiam para tomada do fármaco, e dos “Motivos Para”, objetivo que pretendem alcançar com a ação de tomada do fármaco.

A análise dos dados se fundamentou em estratégias apresentadas por pesquisadores da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (JESUS et al, 2013; TOCANTINS, SOUZA, 1997). Após a coleta dos dados seguiu-se a leituras atentas, criteriosas e em profundidade a fim de apreender em globalidade o sentido da experiência vivenciada pelas pessoas e o significado que tem, para a pessoa, a ação de ingerir o fármaco Capecitabina<sup>®</sup>.

A organização, leitura em profundidade e a análise compreensiva das falas permitiu apreender a repetitividade dos aspectos comuns da ação humana de tomada do

fármaco autoadministrado por via oral Capecitabina<sup>®</sup> e, desta compreensão emergiu uma categoria concreta do vivido que Schütz (2009) considera como conceito de segundo nível. Para este autor os conceitos de segundo nível são constructos objetivos elaborados pelo pesquisador, a partir do conhecimento do senso comum (SCHUTZ, 2009). Esta categoria concreta do vivido expressa o “Típico da ação deste grupo” quando a ação de tomada do fármaco autoadministrado por via oral Capecitabina<sup>®</sup>, possibilitando a compreensão do fenômeno investigado, neste caso o significado da ação de tomada do fármaco autoadministrado por via oral Capecitabina<sup>®</sup>. Apoiados em estudos que versam sobre os temas encontrados nos resultados, aprofundou-se a discussão dos resultados.

### **3.3 Limitação do Estudo**

Este estudo apresentou como limitação o potencial de generalização restrito pela própria característica da pesquisa qualitativa, como apontado por Deslandes e Assis (2003). Destaca-se assim, que esta metodologia apresenta a singularidade do próprio caminho interpretativo do pesquisador, portanto a interpretação que é dada à análise de determinado dado, é diretamente dependente dos conceitos nos quais o pesquisador se apoia, ou seja, a fenomenologia sociológica de Alfred Schutz (SCHUTZ, 2012).

### **3.4 Aspectos Éticos**

Buscando atender aos requerimentos éticos, este estudo foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas. Cumprindo da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), tendo sido aprovados sob os pareceres números: 1.554.386 e 1.642.232 (Anexos I e II).

Considerando a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), todos os sujeitos da pesquisa devem ser esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, o porquê de terem sido selecionados, os detalhes dos procedimentos a serem realizados, os riscos, os benefícios, a confidencialidade, a voluntariedade da participação, a não remuneração monetária ou custo para participação e que caso não desejem participar antes ou depois de terem concordado, não sofrerão implicação alguma, todas estas orientações e informações foram fornecidas no momento das entrevistas pela disponibilização do TCLE (Apêndice D).

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Buscando conhecer a situação biográfica (SCHUTZ, 2012) das pessoas participantes do estudo e, considerando os dados coletados na entrevista fenomenológica, elaborou-se uma matriz de análise (Quadro 2), apresentando os seguintes aspectos: idade, profissão, ocupação, quem reside com a pessoa, qual a relação entre a pessoa e com quem ela reside, aspectos relacionados a alimentação, ao lazer e a prática de atividades físicas. Destaca-se que todos os participantes compareceram acompanhados para a entrevista.

**Quadro 2. Situação biográfica das pessoas participantes do estudo**

SITUAÇÃO BIOGRÁFICA DAS PESSOAS PARTICIPANTES DO ESTUDO, RIO DE JANEIRO MARÇO DE 2017.								
PARTICIPANTE	IDADE	PROFISSÃO	OCUPAÇÃO	QUEM RESIDE C VC	QUAL A RELAÇÃO	ALIMENTAÇÃO	LAZER	ATIVIDADE FÍSICA
E1	Eu nasci no dia 06 do 09 de 30.  Oitenta e vou fazer 87 anos agora. Tenho 86 anos.	Faço qualquer coisa. O que tiver pra fazer eu vou fazendo. Eu vejo, eu vou fazendo.	Eu sou viúva e doméstica. (Bem, eu trabalhava hein... Já tive uma lojinha... De muitas coisas já né? Até ajudante de pedreiro eu já fui.	Eu moro na casa dessa (aponta para a acompanhante). Eu saí da minha casa, que eu não podia ficar sozinha, não tinha quem... não podia pagar uma pessoa pra ficar comigo, então eu tô na casa dela.	É minha filha. Ela trabalha, mas, tudo bem.	Olha! Eu como feijão, mas tudo bem amassado, bem líquido, bem amassado.	Faço qualquer coisa. O que tiver pra fazer eu vou fazendo. Eu vejo, eu vou fazendo.  Eu lavo uma louça, Eu “cinzo” uma roupa, eu prego um botão	Eu caminho, Eu faço um exerciciozinho, na casa lá em cima tem uma área entende?  Uma cobertura... Então, todos os dias eu vou lá duas, três vezes no dia fazer um exerciciozinho nos ossos, eu também to com “probrema” no osso também. Eu sei que aqui não cuida disso mas, eu to com esse “probrema”. Então, quando eu faço isso e me sinto bem.
E2	56	Eu sou professora. Mas, eu não exerço.	Eu trabalho com digitação.	Meu marido.	Meu marido.	Normalmente é arroz, tem que ser pouco feijão,  Folha não pode. É chuchu, é cenoura, abóbora que tem que ser pouco também e uma proteína. Carne ou frango. Porque peixe não cai muito legal...  Pro vigésimo dia que eu estava usando a	Atualmente eu não tenho feito muitas coisas É...praticamente quando eles vão me visitar (Aponta para o filho que a acompanha). Me sinto... Eu não me sinto muito a vontade pra sair por causa da ileostomia. Eu vejo um filme... Agora eu “To” conseguindo ler	Nenhuma.

						<p>quimioterapia eu comecei a não ter vontade de me alimentar... Quando eu ia comer parecia que meu estômago não aguentava o alimento sabe? Não tinha nenhum problema...</p>	<p>conseguindo ler mas... antes eu não estava conseguindo me concentrar... Agora estou conseguindo ler... ou então, fico jogando na internet... É o que eu mais faço...</p>	
E3	85. Eu fiz dia de Cosme e Damião.	Eu? Nada. Sou doméstica. Sou Dona de Casa.	<p>Não. Eu trabalhei... Quando eu trabalhava, numa casa que era uma escola de corte e costura né? Aí eu ficava lá... O dia todo costurando. Trabalhei lá né? Eu limpava a sala... Fazia as coisas todas... Eu trabalhei assim...</p>	<p>Minha filha né? Agora só tem minha filha. Meu marido já foi né? Tem dois “ano” né que ele foi? Ou três? (Se dirige a filha). Ah sim. Cinco “ano”.</p>	Minha Filha.	<p>O que eu como?? Eu como qualquer coisa.</p> <p>Eu num sei... Eu como muita banana, laranja, pão. Tem um pãozinho do pacote... Eu adoro. Eu como qualquer coisa.</p>	<p>So se for a Igreja né?</p>	<p>O que “que” é atividade física? Caminhada?</p> <p>E... Eu “num” to nem saindo... Agora eu fico deitada o dia todo no sofá. Elas (aponta para a filha) não querem nem que eu vá lá no portão. Eu moro na vila né? Aí eu gosto de descer na vila pra conversar com as pessoas... Vê como é que está todo mundo. Aí minha filha agora não quer que eu desça né? Outro dia eu digo “vou lá em baixo” Elas vão logo lá e tranca a porta... Deixa a chave...</p>

E4	53	Eu sou aposentada agora, por invalidez né?	Eu trabalhava numa distribuidora de plástico. É comércio né? Comerciaría.	A minha mãe e a minha filha de 14 anos.	Mãe e Filha.	Ah... Eu como... Dentro do meu... Da minhas possibilidades, por que a última que eu fiz eu tirei o estômago, tudo... Quer dizer... Tem um certo... é... Umas restrições... Não pode muito gordura... Essas coisas... Mais eu como de tudo... Arroz, feijão... Tudo... Normal... Macarrão, salada... Verdura, legumes, frutas...	Nada... Por que eu me sinto muito cansada. Eu fico muito... Cansada mesmo. Meio "Fatigada"... Tem dia que eu... Se eu pudesse ficava o dia inteiro na cama. Deitada. Assim... Eu levanto um pouquinho... Me sinto cansada... Teve um mês aí que eu também... Acho que a anemia também "Bateu" um pouquinho... Entendeu? Aí me deu aquele... Cansaço mesmo... Acho que por causa da anemia... Enfim... Também por causa do meu estado...	Não. Não. Não faço.
E5	60	Sou corretor de imóveis.	Sou corretor de imóveis.	Eu e minha esposa.	Minha esposa.	Arroz, feijão, legumes, passei a comer mais frango e peixe, diminuí um pouco a carne vermelha.  Hum... Frutas.	Laser é pouco...Quase nenhum...Por que meu momento agora é adverso né? Eu trabalho mais com lançamento né? Quer dizer... Minhas opções, quando o pessoal tem laser mesmo, é no final de semana, e aí estou trabalhando. Eu trabalho na (nome da empresa suprimido).	Agora não. Assim, não. Não nesse momento devido ao tratamento. Eu to recém operado. Fez 27 dias que eu operei. Mas, normalmente eu fazia uma caminhada.

							E aí toda hora tem lançamento, e esses lançamentos na maior parte das vezes é no final de semana.	
E6	61	Eu agora sou aposentado.	Eu trabalhava de ajudante de caminhão.	Minha esposa e dois netos...  E meu filho mais novo.  São três.  Quatro com minha esposa, cinco comigo.	Minha esposa e dois netos...  E meu filho mais novo.	Ah! Meu costume é arroz, feijão, carne, frango, legume né??	Eu não tenho feito nada.	Também não.
E7	70	Doméstica	Eu fazia faxina, agora não to fazendo mais não.	Eu e meu neto.	Meu neto.	É legume, arroz, feijão, Carne, frango, peixe, queijos...	Eu limpo casa, eu lavo roupa, eu “varro” quintal, faço croché, eu bordo... Não sei bordar não... Eu to aprendendo sabe? “Trenandu” lá... Eu vou no mercado, no hortifrut.	Física não tem não.

Considerando a situação biográfica (SCHUTZ, 2012) deste grupo a idade das entrevistadas varia de 53 a 87 anos o que corrobora com dados apresentados por Araújo, (2013), este autor aponta que mais de 50% dos casos de câncer gastrointestinais ocorre em pessoas com mais de 50 anos; a maior parte dos participantes tem uma ocupação e são mulheres, isso contrasta com dados de SARAGIOTTO et al (2013) este autor aponta que a maior parte das pessoas acometidas com cânceres gastrointestinais são do sexo masculino.

As pessoas participantes residem com o grupo familiar: filhos, conjugues e/ou netos e estes compõem o seu grupo social. Destaca-se que as participantes deste estudo residem com as pessoas e não as pessoas residem com elas, algumas inclusive foram conduzidas a deixar de residir em seus lares em função da situação de saúde, entendida como experienciada no momento. Esta afirmativa é evidenciada na fala de E1.

Eu moro na casa dessa (aponta para a acompanhante). Eu saí da minha casa, que eu não podia ficar sozinha, não tinha quem... Não podia pagar uma pessoa pra ficar comigo, então eu tô na casa dela. É minha filha. Ela trabalha, mas, tudo bem. E1

Esta observação é importante para compreender a ação destas pessoas no seu mundo da vida diretamente influenciado por seu mundo social. E demonstra ainda a perda da autonomia, como evidenciado na fala de E3.

E... Eu “num” to nem saindo... Agora eu fico deitada o dia todo no sofá. Elas (aponta para a filha) não querem nem que eu vá lá no portão. Eu moro na vila né? Aí eu gosto de descer na vila pra conversar com as pessoas... Vê como é que está todo mundo. Aí minha filha agora não quer que eu desça né? Outro dia eu digo “vou lá em baixo” Elas vão logo lá e tranca a porta... Deixa a chave... E3

A perda da autonomia das pessoas deste grupo ao caminhar pela vida e a crescente dependência dessas pessoas são evidenciadas em falas como a de E1 que passa a responsabilidade de resposta e de tomada de decisão quando se vê diante da questão de qual é seu diagnóstico clínico.

Fala pra mim aí Alice (Ela fala se dirigindo a Filha) O que você acha Alice? (Participante pergunta para a filha que a acompanha)...

Quanto tempo Helena? (Ela se dirige á filha) ... É... Eu “num” to nem saindo... Elas (aponta para a filha) não querem nem que eu vá lá no portão... Outro dia eu digo “vou lá em baixo” Elas vão logo lá e tranca a porta... Deixa a chave... E3



Vislumbra-se aqui uma rica oportunidade para a equipe de Enfermagem atuar como estimuladora e/ou promotora do empoderamento destas pessoas através de ações educativas como proposto no documento que focaliza a estruturação das redes de atenção ao paciente oncológico (BRASIL, 2013d).

A Portaria 874/2013 que institui a Política Nacional para prevenção e controle do câncer (BRASIL, 2013d) define ainda como diretriz, relacionada à promoção de saúde no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, o fortalecimento de políticas públicas, que visem estimular ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, considerando a necessidade de desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para o autocuidado.

Neste sentido, tal qual afirma Martins e Alvim (2012), a Enfermagem deve atuar junto a essas pessoas: promovendo o envolvimento destas em sua situação de saúde e através do cuidado compartilhado; decidir, em comum acordo, a melhor maneira, para a pessoa, de organizar a terapêutica proposta respeitando as preferencias e as atividades de vida diária, considerando seu mundo social como importante influenciador desta decisão. Além de se posicionar ética e embasadamente numa atuação educativa que transcende a tradicional ainda apoiada na concepção e pratica hegemônica de cuidado de maneira hierarquizada (FREIRE, 1987).

A rede social deste grupo é a família, seu mundo da vida. Este mesmo grupo social é responsável por “tolir” a pessoa, tomando as decisões “pela” pessoa e não “para” pessoa ou mesmo “com” a pessoa. E isso se reflete na tomada do fármaco Capecitabina<sup>®</sup>, uma vez que a decisão de “tomar” o fármaco parte do profissional de saúde. Assim, esta decisão passa a não ter motivação própria, as pessoas “tomam” por que alguém decidiu por ela que ela deve “tomar”.

Para Gutierrez e Minayo (2010), estudos disponíveis no campo da saúde não descrevem de modo concreto como os familiares cuidam e quais critérios usam para cuidar da saúde de seus familiares.

Estudo de revisão de literatura brasileira desenvolvido por Silva e Tavares (2015) pontuou que poucos estudos publicados enfocam a família como rede social de apoio. Estes autores também chamam a atenção para o fato de que o sistema de saúde brasileiro é definido e projetado em redes assistenciais que devem englobar as redes familiares e comunitárias tal qual contemplado na Portaria 874/2013 (BRASIL, 2013d).

As redes sociais podem ser caracterizadas por diversos relacionamentos estabelecidos. Para Sanicola (2008), a família é denominada como nó central das redes

primárias e, esta aurora traz também concepção de que as redes sociais podem desempenhar funções diversas, sendo as principais o apoio e a contenção.

Neste grupo específico de participantes, constituído por pessoas em uso do fármaco Capecitabina<sup>®</sup>, ambas as funções podem ser identificadas. O apoio se mostra presente ao evidenciarmos que todos os participantes deste estudo estavam acompanhados por familiares durante a ida ao hospital. Já a função de contenção aparece principalmente com o propósito de proteção que se caracteriza como impedimento, como mostra E3 em sua fala.

Elas (aponta para a filha) não querem nem que eu vá lá no portão... Aí eu gosto de descer na vila pra conversar com as pessoas... Aí minha filha agora não quer que eu desça né? Outro dia eu digo "vou lá em baixo" Elas vão logo lá e tranca a porta... Deixa a chave... E3

Frente à identificação da ação de contenção exercida pelos familiares, reconhece-se a relevância de acolher estas pessoas e este grupo social representado pelo grupo familiar, no sentido de receber, responsabilizar-se, ouvir, buscar assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para a continuidade do cuidado (BRASIL, 2013c).

Neste sentido, entende-se que os profissionais de saúde, com destaque para a Enfermagem, devem estender seu apoio e orientação para além da pessoa e alcançar também esta rede social os instrumentalizando para que possam ser apoio e suporte aos seus familiares sem que este apoio seja confundido com contenção. Buscando instrumentalizar pessoas e familiares para que a autonomia de ambos seja reconhecida, respeitada e considerada (MARTINS E ALVIM, 2012).

Reconhece-se ainda que, os próprios serviços de saúde podem se constituir tanto em redes de atenção à saúde como também em redes sociais. Considerando os serviços de saúde como uma rede social, Sanicola (2008) denomina de rede secundária. Para esta autora as instituições de saúde representam as redes sociais secundárias formais, que são constituídas pelo conjunto de instituições estatais que formam o sistema de bem-estar social da população.

Considerando os hábitos alimentares apresentados por este grupo de pessoas, a referência principal foi quanto ao consumo de arroz e do feijão. E é possível evidenciar que o hábito alimentar é direcionado por orientação nutricional e pelo diagnóstico não tendo nenhuma relação com a terapêutica, conforme falas de E2, E4.

Normalmente é arroz, tem que ser pouco feijão, por que eu tenho a ileostomia, e aí com a quimioterapia dava muita diarreia. E2

Ah... Eu como... Dentro do meu... Das minhas possibilidades, por que a última que eu fiz eu tirei o estômago, tudo.... Quer dizer.... Tem um certo... é.... Umas restrições.... Não pode muito gordura.... Essas coisas.... Mais eu como de tudo. E4

O hábito alimentar direcionado pelo diagnóstico e por orientações nutricionais aponta para a importância do apoio e acompanhamento dos profissionais de saúde. No que se refere à Enfermagem pode atuar junto a este grupo e a grupos em situação semelhante, incluindo ações educativas, estimulando o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, além de trabalhar de maneira interdisciplinar com os profissionais de nutrição a fim de adequar as preferências alimentares e possibilidades sociais e culturais do grupo levando-se em consideração também à terapêutica proposta e as respostas apresentadas. Estas ações são também previstas nas diretrizes da Portaria 874/2013 (BRASIL, 2013d).

Quanto às atividades de lazer, prevalecem ações desenvolvidas no ambiente doméstico e de modo individual como apresentado nas falas de E1, E2 e E7 e que, uma vez mais demonstra a importância da rede social primária deste grupo representada pela família.

Eu lavo uma “loça”. E1

...Eu não me sinto muito a vontade pra sair por causa da ileostomia. Então... Rara... Eu vejo um filme... Agora eu “To” conseguindo ler... Basicamente é isso que eu faço... ou então, fico jogando na internet... É o que eu mais faço... E2

Eu limpo casa, eu lavo roupa, eu “varro” quintal, faço crochê, eu bordo... Não sei bordar não... Eu to aprendendo sabe? “Trenandu” lá... Eu vou no mercado, no hortifrut... E7

É possível considerar que as atividades denominadas de lazer pelas pessoas deste grupo são reflexo do seu mundo social. Um mundo em que as relações estabelecidas não favorecem a autonomia nem mesmo a independência da pessoa. Esta situação reforça ainda mais a importância e a oportunidade que a Enfermagem tem de estimular o empoderamento e a autonomia das pessoas através do cuidado compartilhado e considerando as políticas públicas de saúde vigentes (BRASIL, 2013a, b, c).

Ao analisarmos a questão do transporte, este está sempre relacionado a ida para a instituição de saúde. Estas pessoas utilizam tanto o transporte público quanto o transporte particular. No entanto, apesar das possibilidades, para este grupo os meios de

transporte não ampliam suas relações sociais para além daquelas relacionadas ao ambiente doméstico e de atenção à saúde.

Frente a análises anteriormente apresentadas, questiona-se “como ocorre a vida social e as relações sociais desta pessoa?”. Para Schutz (2012), uma relação social concreta consiste num encontro face a face, onde se estabelecem relações diretas vinculadas a uma situação específica. Neste sentido, para que se estabeleça uma relação social concreta entre o profissional de saúde e a pessoa assistida, é preciso considerar que o “motivo para” da ação do profissional deve ser o “motivo Porque” da pessoa procurar o serviço de saúde, e da mesma maneira o “motivo para” da ação do desta pessoa deve consistir em o “Motivo porque” do profissional.

Apointa-se assim que as características desta relação social concreta é a que deve ser estabelecida entre as pessoas e o seu grupo familiar. No entanto, neste grupo, as relações não envolvem a compreensão das motivações das pessoas em terapêutica nem dos familiares envolvidos na relação e desta maneira não estimula a intencionalidade consciente nem motivam a autonomia da pessoa.

Quanto ao diagnóstico as participantes têm ciência do mesmo há um ano em média, apesar de nem sempre utilizarem o termo “câncer”. Em suas falas as pessoas ou não proferem a palavra “Câncer” ou se referem à doença como algo que elas “tiveram”, esta situação é evidenciada nas falas de E1, E3, E4 e E5.

Pra combater a... o... a situação né? Eu fui no intestino e deu um reflexozim no... como é? No fígado. E1

Essa parte aqui assim né? (aponta para o abdome) É Câncer né? Que eu tive? É Câncer. E3

Então, é... Eu já fiz quatro cirurgias né? Foi retirado essa que eu falei no estômago... Ta no fígado agora um pouquinho... E4

É... O meu é... Can... É um tumor no intestino reto. E5

O tempo médio de uso do fármaco por parte dos participantes do estudo, é de sete meses. Quando perguntados quanto aos aspectos dificultadores e facilitadores, num primeiro momento, poucos participantes apontaram estes aspectos. Contudo, durante as entrevistas, esses aspectos foram aparecendo apontando como aspecto dificultador o tamanho e a quantidade de comprimidos do fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina<sup>®</sup>, falas de E2, E3 e E4.

Eram 03 comprimidos né? E2  
Eu to tomando vários remédios.E3

O tamanho dele entendeu?... Mas, é uma pírula meio “grandinha” né? E4

Como aspectos facilitadores um dos participantes apontou o ambiente familiar e a possibilidade de adequação dos horários de “tomada” do fármaco com suas atividades de vida diária, bem como adequação aos momentos de alimentação além da associação á outras terapêuticas como a radioterapia que requer descolamento da pessoa ao ambiente hospitalar. Cabe aqui pontuar que se considera a “tomada do fármaco” com a ideia da ação de pegar o fármaco, levar a boca e deglutir.

Olha, se eu for comparar com a vinda pra cá pra fazer a quimioterapia na veia... Era muito mais prático. Utilizar em casa... Você tem o conforto do lar... Você tem a facilidade de você ta dentro de casa. Então da pra tu administrar melhor... Assim, eu conciliei o horário que me deram pra mim tomar o remédio, vinculando a Radioterapia. Isso me ajudou bastante. Eu não chegava tão caído, tão cansado em casa. E eu tinha a possibilidade de repousar quando eu tomava o remédio. Eu organizava as doses e fazia uma alimentação mais adequada. E5

Esta perspectiva corrobora com Reis Neto (2014) que já sinalizou que as pesquisas na área oncológica se voltam ao desenvolvendo de novas formas de tratamento, principalmente em busca de fármacos para a administração por via oral, sob a justificativa de que esta via oferece maiores possibilidades de manutenção do estilo de vida das pessoas em tratamento.

Buscando responder ao objetivo deste estudo, que visa compreender o significado da ação de tomada do fármaco Capecitabina<sup>®</sup>, firmamos nosso entendimento na proposta de Schutz (2012) este autor aponta que compreender é a capacidade de captar a intencionalidade, as motivações e as vivências da pessoa.

Com a intenção de clarear a motivação dessas pessoas para a tomada deste fármaco, o quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina<sup>®</sup>, foram apresentadas duas perguntas de cunho fenomenológico e, considerando o conteúdo das falas, foram elaboradas duas matrizes de análise apresentadas nos quadros 3 e 4.

**Quadro 3. Motivos “Porque” dos participantes do estudo quanto á tomada do fármaco Xeloda®.**

<b>MOTIVOS “POR QUE” DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, QUANTO A TOMADA DO FÁRMACO XELODA®, RIO DE JANEIRO MARÇO DE 2017.</b>	
PARTICIPANTE	“MOTIVO PORQUE”
E1	<i>Pra combater a... o... a situação né? Eu fui no intestino e deu um reflexozim no... como é? No fígado.</i>
E2	<i>Pra diminuir o tumor né?</i>
E3	<i>Num sei... Tem que tomar né?</i>
E4	<i>Então, eu comecei a tomar esse remédio, a Capecitabina, por que... Eu fiz quatro seções daquela “quimio” na veia né? Mas, na quarta seção, eu tive um... No meio lá... Eu tive uma queda de pressão... Eu desmaiei... Eu passei mal... Tiveram que tirar rápido tudo... Aí me deram um negócio pra eu voltar... Aí o Dr (nome do médico) achou melhor fazer essa experiência com o oral né? E aí... Desde então é ele que eu tomo... Já tem quase dois anos contínuo.</i>
E5	<i>Foi junto com a Radio.</i>
E6	<i>... tratar um Câncer né? No estômago.</i>
E7	<i>Eu to tratando o fígado né?</i>

Fonte: O Autor

A análise das falas dos participantes possibilitou emergir a razão - o motivo “Por que” - (SCHUTZ, 2012) da ação de tomar o fármaco: tratar a situação diagnosticada pelo médico. Pode-se assim constatar que o fundamento para a ação de tomar o fármaco não esta na vivência da pessoa e sim na experiência vinda de outras pessoas, ou seja, alguém, no caso um profissional de saúde médico, indicou e prescreveu uma terapêutica e esta deve ser seguida. Em resumo a motivação é externa à pessoa, não é vivida pela pessoa.

Outro aspecto a se considerar é que a razão de tomar o fármaco não esta relacionada a uma sintomatologia vivenciada pela pessoa, referente ao diagnóstico clínico. Referem, no entanto, sintomatologia relacionada a terapêutica implementada, como constatado nas falas de E2, E3 e E5.

O primeiro médico me disse que eu ia ter muitas intercorrências com a quimioterapia... Na verdade eu não senti nada. Quando eu comecei o Xeloda eu comecei a sentir muita dormência na mão e nos pés, que continua... Então isso foi a parte assim, pior né? E tem sido... ta me acompanhando... E ela (refre-se a médica assistente) me disse que dificilmente vai melhorar enquanto eu tomo o remédio. E2

Me sinto cansada... Teve um mês aí que eu também... Acho que a anemia também “Bateu” um pouquinho... Entendeu? Aí me deu aquele... Cansaço

mesmo... Acho que por causa da anemia... Enfim... Também por causa do meu estado... E é normal com esse tratamento né? E3

Nos primeiros dias é que foi um “baque” muito grande... Assim, um estrago. Nunca tinha passado por esta experiência. E5

A análise compreensiva das falas quanto á razão “Motivo Porque” da tomada do fármaco Capecitabina<sup>®</sup>, permitiu ainda evidenciar que as pessoas deste grupo têm suas motivações firmadas em estímulos externos como a prescrição médica definida em função de uma situação de saúde diagnosticada por este profissional de saúde. Esta afirmativa é evidenciada nas falas de E3, E4 e E5.

Tem que tomar, eu tomo e pronto. E3

Aí o Dr (nome do médico) achou melhor fazer essa experiência com o oral né? E4

Foi junto com a radio. E5

As pessoas participantes deste grupo têm como fundamento a ideia de “tratar” no sentido de “combater” a situação, no entanto, a literatura aponta esta terapêutica como fundamento para “controlar” a doença (SARAGIOTTO et al, 2013). Esta ideia, no sentido de “tratar” é evidenciada nas falas de E1, E3, E4 e E6.

Pra combater a... o... a situação né?... Eu penso que é pra minha cura né? Eu só penso nisso... Minha Cura... E1

Ficar boa... Pra ficar curada né? Graças a Deus! E3

Ah... melhorar né?? Tentar parar o processo... de espalhar pra outro lugar... nè?? A gente tem esperança. Sempre tem uma boa esperança né? E4

Eu venho tratar um Câncer né? No estômago... Pretendo A cura né? Da minha saúde... E6

Neste sentido, considera-se a importância e a necessidade do apoio e informação por parte dos profissionais e saúde como fundamento da proposta de cuidado compartilhado (MARTINS e ALVIM, 2012).

As motivações dos participantes quanto ao significado da ação “Motivo Para” da tomada do fármaco Capecitabina<sup>®</sup>, são apresentadas no Quadro 4.

**Quadro 4. Motivos “Para” dos participantes do estudo quanto á tomada do fármaco Xeloda<sup>®</sup>.**

<b>MOTIVOS “PARA” DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, QUANTO A TOMADA DO FÁRMACO XELODA®, RIO DE JANEIRO MARÇO DE 2017</b>	
<b>PARTICIPANTES</b>	<b>“MOTIVO PARA”</b>
E1	<i>Eu penso que é pra minha cura né? Eu só penso nisso... Minha Cura...</i>
E2	<i>Pra ver se vai poder fazer a cirurgia. Diminuir o tumor.</i>
E3	<i>Tem que tomar pra melhorar né?  Ficar boa... Pra ficar curada né?</i>
E4	<i>Pra tratar aqui né? (passa a mão no abdome) Ah... melhorar né?? Tentar parar o processo... de espalhar pra outro lugar... nè?? A gente tem esperança. Sempre tem uma boa esperança né?</i>
E5	<i>Pra combater o câncer né? É o remédio para combater né?  Ah curar né?</i>
E6	<i>(Pausa longa) A cura né? Da minha saúde.</i>
E7	<i>Pra... Melhorar né? Melhorar minha saúde. Pra sumir isso né??? Sei lá... Boa eu não vou ficar... Mas, da pra melhorar...</i>

Fonte: O Autor

A análise das falas dos participantes possibilitou emergir o significado da ação de tomar o fármaco como a cura como solução da situação diagnosticada.

Partindo da análise dos “motivos para” aqui apresentados emerge uma única categoria concreta do vivido qual seja “a cura como solução da situação diagnosticada”. Esta categoria concreta do vivido expressa o típico da ação da pessoa na tomada do fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina®.

Ancorados nos pressupostos da fenomenologia social de Alfred Schutz sobre a natureza da ação das pessoas no mundo social lançou-se um olhar reflexivo acerca das motivações das pessoas em terapêutica com o fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina® frente à ação, aqui compreendida como conduta humana consciente (SCHUTZ, 2012) de tomada (pegar e levar à boca) e ingestão (processo de deglutição) do fármaco.

O típico da ação constituído por “A cura como solução da situação diagnosticada” requer uma compreensão aprofundada quanto ao significado do termo “Cura” para este grupo.



Cabe aqui apontar que esta terapêutica é indicada como opção para doenças localmente avançadas e que, portanto, não pretende a cura, aqui entendida como processo de não mais ser portador do diagnóstico clínico de Câncer (SARAGIOTTO et al, 2013).

As pessoas deste grupo apresentam não terem clareza quanto à indicação do fármaco, isto pode estar relacionado a aspectos culturais e aos valores das pessoas deste grupo (RESTA E BUDÓ, 2004). Elas tomam por que foram orientadas a fazê-lo. Desta constatação a Enfermagem tem na proposta de cuidado compartilhado a oportunidade de conhecer o grupo, promover e favorecer, considerando o mundo da vida das pessoas, uma proposta de cuidado centrada na pessoa e não apenas no diagnóstico e/ou terapêutica implementada (MARTINS; ALVIM, 2012).

Assim, a compreensão das falas evidenciou o desconhecimento ou não envolvimento das pessoas deste grupo quanto a sua real situação de saúde como portador de uma doença crônica e da terapêutica indicada, apontando para uma oportunidade de criação de espaço de cuidado. Quando questionados quanto ao tempo previsto para tomada do fármaco as respostas foram praticamente unânimes.

Não sei. Não. E1

Por que “ele” era concomitante com a radioterapia. Então tomei desde o início da radio até o término da rádio. E2

Isso eu não sei não. Num sei. E3

Não sei não... Não... E4

Foi junto com a radio. E5

Oh minha Filha, eu não tenho bem certeza. E6

Não sei não... E7

A análise compreensiva das falas dos participantes deste grupo permitiu evidenciar que a intencionalidade da ação não está no sujeito da ação. No entanto, Schutz (2012), permite discutir esta não intencionalidade da ação, partindo do pressuposto que, a conduta humana é considerada propriamente uma ação quando e na medida em que a pessoa que age atribui significado a sua ação e, direciona a ação de maneira que pode lhe ser significativa. Analisando as falas das pessoas deste grupo é possível identificar direcionamento e significação desta ação ainda que inconscientemente. Isto fica evidente nas falas de E1 e E3. Mas, cabe aqui apontar que a

ação de “tomar” o fármaco, para este grupo, é uma ação influenciada e não representa uma tomada de decisão.

Eu penso que é pra minha cura né? E1

Ficar boa... Pra ficar curada né? E3

Esta característica desse grupo falta de autonomia sobre seu cuidado de saúde, já se apresentava desde a análise de sua situação biográfica. Frente a esta constatação fica evidente a oportunidade e a importância do papel da Enfermagem com ações de promoção a autonomia da pessoa, compreendendo que promover autonomia implica envolver a motivação da pessoa de acordo com suas vivências e experiências. Uma possibilidade é a proposta do cuidado compartilhado (MARTINS; ALVIM, 2012).

Nesta proposta, do cuidado compartilhado, as decisões sobre o tratamento de saúde são acordadas entre todos os envolvidos, sem perder de vista a relevância de envolvimento da família neste processo de cuidar, visando a promoção da saúde tendo como foco de atenção a pessoa como centro da ação do cuidado e não o diagnóstico clínico e/ou a terapêutica vivenciada.

Uma estratégia para promover ações educativas, é o desenvolvimento da consulta de Enfermagem. Esta consiste em uma atividade privativa do Enfermeiro conforme estabelecido pela resolução COFEN 159 (1993). Utilizando-se da consulta de Enfermagem como estratégia educativa, convém ainda implementar o processo de enfermagem como forma de sistematizar a assistência de enfermagem, atendendo a resolução COFEN 358 (2009) e que deve ser desenvolvido em todos os níveis de assistência à saúde, tanto em instituição pública como particular (COFEN, 1993; COFEN, 2009).

Anacleto et al (2010), apontam para o risco de ocorrência de erros na tomada inadequada do fármaco, quando esta terapêutica é implementada em domicílio. Neste estudo esta ocorrência foi relatada por um dos participantes como apresentado na fala de E5. Este foi o único participante que relatou a ocorrência de erro na tomada do fármaco durante a vivência desta terapêutica.

Teve uns dias que eu não sabia tomei até fora da Radio. Eu não sabia aí...  
(palavrão) Se eu não me engano foi na primeira semana. E5

Considerando o fato de somente um participante apontar para a ocorrência de tomada equivocada do fármaco é possível considerar que isto se justifique pelo modo de

vida das pessoas que não estão de fato envolvidas na vivência da terapêutica (MARTINS e ALVIM, 2012). Assim, podem nem mesmo ter consciência da tomada deste fármaco de maneira inadequada, pois sua ação não é pensada, não é uma ação automática e induzida.

Nesta perspectiva, e considerando a política de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2014a), aponta-se a enfermagem como promotora da autonomia para estas pessoas, visando à promoção da saúde e maior envolvimento na terapêutica implementada, estimulando a pessoa a se reconhecer como corresponsável pelo seu cuidado em saúde.

Neste ponto, considera-se relevante atentar para o fato de que a Enfermagem aqui referenciada não diz respeito apenas aos profissionais atuantes na rede terciária de atenção à saúde. Esta responsabilidade é estendida aos profissionais de enfermagem que atuam nos diversos níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2013d).

Isto posto, convém resgatar o fluxo da pessoa anteriormente apresentado neste estudo, figura 1, antes e durante a terapêutica. Este fluxo apresenta a Atenção Básica apenas como insersora da pessoa no sistema de regulação de vagas (SISREG) (BRASIL, 2016a), apontando para descontinuidade da assistência e o não estabelecimento de uma linha contínua de cuidado (SANTOS, 2012).

Quando consideramos a Portaria 874/2013 (BRASIL, 2013d sp), que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, constata-se que é também responsabilidade da Atenção Básica: *“avaliar a vulnerabilidade e a capacidade de autocuidado das pessoas com câncer e realizar atividades educativas, conforme necessidade identificada, ampliando a autonomia dos usuários;”* e *“coordenar e manter o cuidado dos usuários com câncer, quando referenciados para outros pontos da rede de atenção à saúde;”* além de *“realizar atendimento domiciliar e participar no cuidado paliativo às pessoas com câncer, de forma integrada com as equipes de atenção domiciliar e com as UNACON e os CACON, articulada com hospitais locais e com demais pontos de atenção;”* dentre outras competências.

Conscientes desta responsabilidade conjunta da Atenção Básica e dos demais níveis de atenção à saúde constata-se que todos os serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção à saúde precisam e devem estar interligadas a fim de oferecer assistência integral às pessoas com diagnóstico clínico de Câncer vivenciando uma terapêutica ainda que esta seja autoadministrada em domicílio.

Ao mesmo tempo este fluxo (Figura 1), aponta para uma quebra de continuidade de assistência uma vez que nenhum dos entrevistados fez referência a acompanhamento pelo serviço de atenção básica ou algum outro nível de atenção que não a assistência em hospital especializado. Esta situação corrobora com Starfield (2002) que identificou a desarticulação da rede de serviços com desvalorização dos encaminhamentos por parte dos níveis de atenção especializada.

Considerando-se a pessoa que vivência a terapêutica com o fármaco oral Capecitabina<sup>®</sup>, e que esta terapêutica é implementada no ambiente domiciliar, vislumbra-se uma importante oportunidade de atuação para as equipes de saúde da atenção básica, com destaque para a Enfermagem, utilizando-se a visita domiciliar como forma de acompanhamento desta pessoa atendendo ao proposto na Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) (Brasil, 2005). Esta política estabelece que os cuidados as pessoas com diagnóstico de Câncer contemplem todos os níveis de atenção e que à Atenção Básica (AB) cabe ações voltadas inclusive para o apoio as terapêuticas dos tumores (BRASIL, 2005).

No entanto, merece pontuar que o acompanhamento desta pessoa pela Atenção Básica não consiste na descontinuidade do acompanhamento pelos serviços especializados. Este fluxo deve acontecer de maneira contínua com foco na integralidade e continuidade da assistência, com a corresponsabilização de todos os níveis de atenção (SANTOS, 2012).

Existem ainda outras tecnologias que podem ser implementadas nos mais diversos níveis e ambientes de cuidado e atenção á saúde. Dentre elas destacam-se os grupos de apoio/suporte. Este recurso vem sendo utilizado por profissionais de saúde visando auxílio e alívio de sentimentos de solidão e isolamento social, além de ser uma rica oportunidade para ações educativas e favorecer a troca de vivências, experiências em um ambiente favorável à reflexão. Neste sentido, este grupo de apoio/suporte, pode contribuir tanto para os profissionais repensarem suas práticas quanto para as pessoas que refletirem sobre sua vida, suas atitudes e suas vivências e experiências (OLIVEIRA et al, 2010).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender o significado da ação, para a pessoa, ao “tomar” o fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina<sup>®</sup>, considerando suas vivências e experiências durante esta terapêutica.

Evidenciou-se que o típico da ação deste grupo, para a tomada do fármaco Capecitabina<sup>®</sup>; é a busca da cura para a situação diagnosticada. Esta perspectiva contrasta com a indicação deste fármaco que consiste numa linha de tratamento para doenças localmente avançadas sem a proposta de cura. Partindo-se desta compreensão, este estudo aponta que os participantes deste grupo, em uso desta terapêutica, desconhecem sua indicação e tem pouco envolvimento em sua situação de saúde vivenciada.

Considerando-se a situação biográfica destas pessoas e as relações sociais por elas estabelecidas, evidenciou-se que seu mundo social, ou seja, seu mundo da vida é constituído por relações familiares e pelas relações estabelecidas com o serviço de saúde em função de sua situação de saúde. No entanto, destaca-se também que este grupo não estabelece relações concretas, pois, sua autonomia não é considerada, respeitada e nem mesmo é reconhecida.

A rede social deste grupo tem importante papel como apoiador, uma vez que todos os participantes compareceram acompanhados para a consulta médica e conseqüentemente para a entrevista fenomenológica. No entanto, esta rede social é também a responsável por tolir essas pessoas. Tomando as decisões por elas e não para e/ou com elas. Desta forma, agindo com contenção em relação às pessoas, ao não reconhecerem sua autonomia e seu poder de decisão para o caminhar na vida.

Ao compreender o significado da ação de tomada do fármaco Capecitabina<sup>®</sup>, é possível evidenciar que, apesar desta terapêutica propor o desenvolvimento da autonomia e a manutenção do estilo de vida das pessoas, neste grupo nenhuma destas propostas foi evidenciada. As pessoas demonstram pouca ou nenhuma autonomia sobre sua situação de saúde e tomada de decisão, além de apontarem vivenciar importantes mudanças em seu estilo de vida em função da situação diagnosticada; e neste caso, a terapêutica com o fármaco oral Capecitabina<sup>®</sup>, não se apresentou como promotora nem como facilitadora do reestabelecimento do estilo de vida anterior ao diagnóstico.

Desta maneira é evidente a relevância da atuação de profissionais de saúde, com destaque para a Enfermagem, a fim de desenvolver a autonomia das pessoas, e

promover o envolvimento destas em sua situação de saúde bem como em sua terapêutica. A Enfermagem pode alcançar estes objetivos, promoção da autonomia e envolvimento na situação de saúde vivenciada, com ações educativas como a consulta de enfermagem e oportunizando a fala destas pessoas a fim de que expressem suas vivências e experiências, como na implementação de grupos de apoio/orientação.

Cabe também apontar que a Enfermagem tem importante papel de instrumentalizar as pessoas, bem como uma ação educadora, tanto para quem vivencia a terapêutica como também para seus familiares, levando a pessoa a colocar em prática sua autonomia através de tomadas de decisões conscientes e sua rede social, a reconhecer e respeitar a autonomia de seu familiar.

Isto posto, convém apontar que a Enfermagem deve atuar de maneira crítica e reflexiva em sua ação social no mundo da vida junto as pessoas em terapêutica domiciliar com o fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina<sup>®</sup>, conhecendo e respeitando suas vivências e experiências. Reconhecendo estas pessoas não apenas como objeto de cuidado e sim como, dotadas de bagagem de conhecimentos e imponderadas de autonomia para caminhar na vida e tomar decisões conscientes, assim, assistindo-as em sua totalidade e integralidade.

Cabe ainda à Enfermagem desenvolver em sua prática profissional, um olhar cuidadoso e ampliado de alcance para além da pessoa em terapêutica, mas, que envolva em seu plano de cuidados a rede social constituída, visando desenvolver uma relação social concreta, onde ocorra o desenvolvimento, o reconhecimento e o respeito à autonomia das pessoas.

Os resultados encontrados neste estudo apontaram ainda que as motivações das pessoas não emergem da própria pessoa nem de suas vivências. As motivações são externas a elas, partindo de um profissional de saúde, particularmente o profissional médico, que decide “pela” pessoa e não “para” e nem “com” a pessoa, qual terapêutica deve ser implementada. Caracterizando uma vez mais a falta de envolvimento da pessoa em sua terapêutica e demonstrando como a rede social deste grupo, neste ponto constituído pelos serviços de saúde, atua de modo a conter as pessoas não considerando e/ou respeitando sua autonomia e poder de decisão sobre seu caminhar na vida.

Outro fato importante evidenciado neste estudo apontou para a ocorrência de uma descontinuidade na linha de cuidado destas pessoas. Pois, ao serem referenciadas para os serviços de saúde de nível terciário, ainda que a terapêutica estabelecida seja implementada utilizando-se da autoadministração por via oral em domicílio, nenhum

dos participantes informou haver contra referência para a continuidade de cuidados pelos demais níveis de atenção à saúde. Ainda que apontassem a ocorrência de reações adversas, nenhum profissional de saúde, em nenhum nível de atenção foi apontado como referência para atuar e/ou orientar frente a estas ocorrências.

Ao se evidenciar da descontinuidade da linha de cuidado para estas pessoas, cabe apontar que deve existir uma corresponsabilização entre os profissionais dos diversos níveis de atenção à saúde, a fim de que seja priorizada a integralidade do cuidado. Aos profissionais especialistas, neste caso, médicos e enfermeiros oncologistas, do nível terciário de atenção à saúde, cabe contra referenciar estas pessoas para que sejam assistidas pela atenção básica no curso da terapêutica em domicílio e, os profissionais da atenção básica, nível primário de atenção à saúde, cabe a busca e manutenção de informações sobre as pessoas atendidas em sua área geográfica que são diagnosticadas com Câncer e vivenciam uma terapêutica frente a este diagnóstico, buscando ser referência para estas pessoas quando os cuidados de atenção domiciliar se fizerem necessários.

Considerando os achados deste estudo, ele apresenta importantes contribuições para a enfermagem como cuidadora, ao desenvolver uma ação social de cuidar em enfermagem, assim como área de conhecimento uma vez que evidenciou a importância do reconhecimento das vivências e experiências da pessoa em terapêutica com o fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado Capecitabina<sup>®</sup>, para a construção e implementação de um plano de cuidado compartilhado que busque promover a autonomia, o envolvimento das pessoas e uma tomada de decisão consciente. Apontando para uma nova proposta de assistir em Enfermagem, onde o centro do cuidado seja a pessoa em sua totalidade buscando um cuidado integral e, não a situação de saúde, aqui compreendida como diagnóstico clínico e a terapêutica vivenciada no momento.

Este estudo não pretendeu apresentar um esgotamento do tema aqui estudado e discutido. Mas, sinaliza a importância do desenvolvimento de novos estudos que comprovem ou repudiem a importância de reconhecer e respeitar as vivências e experiências das pessoas a fim de que a terapêuticas propostas sejam implementadas de comum acordo entre os profissionais, as pessoas e sua rede social, na busca por um cuidado integral.

## REFERÊNCIAS

ANACLETO, et al. Erros de medicação. Farmacovigilância Hospitalar: Como implantar. Farmácia Hospitalar. **Farmácia Brasileira**. Janeiro/Fevereiro /2010. Acessado em 23/2/2017 às 19:45. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa926d1b.pdf>.

ARAÚJO, A. K. C. Tumores de Estômago. In: HOFF, Paulo Marcelo Gehn (ed.). **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Atheneu; Cap.118; p.1647, 2013.

BARRETO T.S, AMORIM R.C. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com Câncer. **Revista de Enfermagem UERJ**. [on line]. v.18, n. 3, p. 462-467.2010.

BATISTA, D.R.R; MATTOS, M.de; SILVA. S.F. da. Convivendo com o Câncer: o diagnóstico ao tratamento. **Rev Enferm UFSM**. V.5, n.3, p.499-510, 2015.

BEDELL. C. H. A changing paradigm for cancer treatment: the advent of new oral chemotherapy agents. **Clinic Journal Oncology Nurse**. v.7, n.6(Suppl), Novembro/Dezembro, p.5-9, 2003.

BONASSA, E.M.A. GATO, M.I.R. **Terapêutica Oncológica para enfermeiros e farmacêuticos**. 4<sup>a</sup>.ed. Rio de Janeiro: Atheneu Rio, 2012.

BRASIL, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2016: incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução Normativa – RN Nº 338, de 21 de outubro de 2013 e anexos**. Agencia Nacional de Saúde Suplementar (Brasil), Rio de Janeiro: ANS, 2013a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL, Presidência da República. **Lei Nº 12.880, de 12 de Novembro de 2013**. Brasília: Presidência da República, 2013c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASI, Ministério da Saúde. **Portaria 140 de 27 de fevereiro de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 483, de 1º de abril de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 874, de 16 de maio de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.



BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução N° 466, De 12 De Dezembro De 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Secretaria Municipal de Saúde. **SISREG – Protocolo para o regulador.** Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2016a.

CAPALBO, C. **Metodologia das ciências sociais: A fenomenologia de Alfred Schütz.** 2ª. ed. Londrina: UEL, 1998.

CHAMMAS, R. Biologia do Câncer: Uma breve introdução. In: HOFF, Paulo Marcelo Gehn (ed.). **Tratado de Oncologia.** São Paulo: Atheneu. 2013. p.3.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), **Resolução COFEN 159 de 19 de abril de 1993.** Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), **Resolução COFEN 358 de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

CUNHA, Natália Passos. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso na hepatite C em hospital público federal do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Farm.** v.90, n.3,p. 180-5, 2009.

CRESPO-FIERRO M. Compliance/adherence and care management in HIV disease. **Journal Association Nurses AIDS Care.** v.8. n.4 p.43-54. July/August; 1997.

DEMOLINER, L.P. CORTE, T.W.F. Atenção farmacêutica para pacientes usuários de Lapatinibe. **Revista da Graduação.** Ed. EdUPUCRS. v.3, n.2, 2010.

DESLANDES, S.F. ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em Saúde: O diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Orgs.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz, p.195-226, 2003.

DE VITTA, V.T.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S.A. **Câncer: Principles and practice of Oncology.** 11 ed. USA: Wolters Kluwer, 2016.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY (EMA); SCIENC MEDICINES HEALTH. **Resumo do EPAR destinado ao público: Xeloda.** Disponível em: [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000316/human\\_med\\_001157.jsp&mid=WC0b01ac058001d124](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000316/human_med_001157.jsp&mid=WC0b01ac058001d124). Acessado em 13 de Fevereiro de 2015.

FIGUEIREDO, Rosely Moralez de et al . Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 50-55, 2001. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400009&lng=en&nrm=iso). Acesso em 02 de março de 2016.

FREIRE, Paulo. **A pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIOVANNUCCI E. CHAN A.T. Role of vitamin and mineral supplementation and aspirin use in cancer survivor. **Journal of clinical oncology**. v. 28. p. 4081-4085. 2010.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Produção do conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Cien Saúde Colet**. V.15(supl.); p. 1497-1508, 2010

HARTIGAN, K. Patient Education: the cornerstone of successful oral chemotherapy treatment. **Clinical Journal Oncology Nurse**. v.7, n.6(Suppl), p.21-24, 2003.

HEINECK, I.; CAMARGO, A.L. FERREIRA M.B.C. Reações Adversas a Medicamentos. In: FUCHS F.D. WANNMACHER, L. FERREIRA M.B. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3 ed. v. 10. p. 73-85. 2004.

HELMAN, C.G.H. **Cultura, saúde & doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003

HOFF, P.M.G. PAZDUR, R. Oral Chemotherapy. In: ABELOFF, M.D. (edts). **Clinical Oncology**. New York: Churchill Livingstone, p. 1-14, 1998.

HYEDA, A. COSTA, E.S.M.da. Uma análise preliminar dos custos em quimioterapia ambulatorial no Sistema de Saúde Suplementar. **J Bras Econ Saúde**. v.7, n.2, p.99-109, 2015.

ICKOVICS J.R, MEISLER A.W. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. **Journal Clinic Epidemiology**. v.50. n.4. p. 385-391. 1997.

JESUS, M.C.P. et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.47, n.3, p.736-741, jun., 2013.

KUBLER-ROSS, E. **AIDS: o desafio final**. Beste Seller; São Paulo, 1987.

KWEE R.M. KWEE T.C. Imaging in local staging of gastric cancer. **Journal Clinic Oncology**. v. 25. P.2107-2116. 2007.

LIEBERMAN D. A. Clinical practice. Screening for colorectal cancer. **N Engl Med**. v. 361. p. 1179-1187. 2009.

LIMA et al. Adoecer de Câncer: o agir e o sentir do grupo familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 11, n. 1, p. 106-112, 2012.

MARCIELLI, C.R.A. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde. **Ensino e Ciências: Ciências biológicas, Agrárias e da Saúde**. v.15; n.4; p.215-228; 2011.

MARQUES, P.A.C. PIERIN, A.M.G. Fatores que influenciam a adesão de pacientes com câncer à terapia antineoplásica oral. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.21, n.2, p. 323-329, 2008.

MARTINS, P.A.de F; ALVIM, N.A.T. Plano de cuidado compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 65, n.02, p.368-373, 2012.

MASCC; Multinational Association for Supportive Care in Cancer™. **All rights reserved worldwide**. Acessado em 23/2/2017 às 18:52. Disponível em: [http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/moatt\\_portuguese\\_2016\\_v1.2.pdf](http://www.mascc.org/assets/Guidelines-Tools/moatt_portuguese_2016_v1.2.pdf).

MENDONÇA, G.A.S. Tendências da investigação epidemiológica em doenças crônicas. **Caderno de saúde Pública**. v.7, n.3, p. 697-703, 2001.

MERIGHI, M.A.B. PRAÇA, N.S. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. In: MERIGHI, M.A.B. PRAÇA, N.S. **Abordagens Teórico- Metodológicas Qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. 1º ed. p. 1-3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, L.M.A.C, et al. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de Enfermagem. **Ver Esc. Enferm USP**. v.44, n. 2, p. 429-436, 2010

PIERIN, A.M.G. Adesão ao tratamento. In: NOBRE, F. PIERIN, A.M.G. MION JUNIOR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos, p.23-33, 2001.

PINHEIRO, R.S.et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

REIS NETO, J. P. Drogas Oraís no tratamento Oncológico. **Momento Gestor**. n.2, p. 6-18, julho 2014.

RESTA, D.G, BUDÓ, M.L.D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Acta Scientiarum Health Sciences**. v.26, n.1: p.53-60, 2004.

RITTENBERG, C. N. Meeting Educational Needs and enhancing Adherence of Patients Receiving Oral Cancer Agents Thhhhhrough Use of the MASCC Oral Teaching Tool®. **Supportive Oncology**. Touch Briefings. Louisiana, US, 2012.

ROCHE LABORATORIES INC. **Xeloda®**, 2000. Acesso em 25 de fevereiro de 2016 às 17:00. Disponível em: [http://www.dialogoroche.com.br/content/dam/dialogo/pt\\_br/Bulas/X/Xeloda/Bula-Xeloda-Profissional.pdf](http://www.dialogoroche.com.br/content/dam/dialogo/pt_br/Bulas/X/Xeloda/Bula-Xeloda-Profissional.pdf)

SAAD, E. D.; HOFF, P. M. Radiossensibilização com fluopirimidinas orais em câncer de reto. **Rev. Bras. Oncologia Clínica**. V.1, n.2; Mai/ago. p.13-17, 2004.

SANICOLA, L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora; Cap.3; p.1-62; 2008.

SANTOS, Álvaro. da Silva. Concepções sobre linhas de Cuidado. In: SANTOS, Álvaro. da Silva e Cubas, Marcia Regina. **Saúde Coletiva** Linhas de cuidado e consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 17-31; 2012.

SARAGIOTTO, D. F. et al. Tumores do Cólon. In: HOFF, Paulo Marcelo Gehn (ed.). **Tratado de Oncologia**. São Paulo: Atheneu; Cap.123; p.1731-1753, 2013.

SCHUTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**: Alfred Schütz. Org. WAGNER, H.T.R. Petrópolis: Vozes, 2012.

SCHUTZ, A. LUKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.

SILVA, L.M.S.; TAVARES, J.S.C. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: Uma revisão na literatura brasileira. **Rev Ciência & Saúde coletiva**. V.20; N. 4; P. 1109-1118, 2015.

SINKOC V.M. et al. Dificuldades referidas por pacientes com AIDS na adesão ao tratamento com antirretrovirais. **Braz J Infect Dis**. v.3 n.(suppl). August, 1999.

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 eds., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOARES, J.C.R.S., CAMARGO JUNIOR, K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface – Comunic. Saúde, Edu**. v.11, n.21, p.65-78, Jan/Abr, 2007.

SOUZA, C.C.F, OLIVEIRA, I.C.S. A participação da mãe nos cuidados ao seu filho hospitalizado: uma perspectiva da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.379-387, 2003.

SOUZA, M.H.N.; SOUZA, I.E.O.; TOCANTINS, F.R. Abordagem da fenomenologia sociológica na investigação da mulher que amamenta. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.52-56, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Desequilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

STARNER, C.L et al. Oral Oncology Prescription Abandonment Association With high Out-of-Pocket Member Expense. **Journal of Managed Care Pharmacy**. v.16, n.2, p. 161-162, 2010.

TOCANTINS, F.R.; SOUZA, E.F. O agir do Enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.1, n.1, p.143-159, 1997.

TOURETE-TURGIS C. Infection à V.I.H. **Trithérapies: guide counseling**. Paris: Maître de Conférence des Universités Co-foundatrice de Comment Dire; 1997.

USA. National Cancer Institute. **Common Terminology Criteria For Adverse Events**. v.4, n.3, p. 3-78, June 2010. Disponível em: [http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE\\_4.03\\_2010-06-14\\_QuickReference\\_8.5x11.pdf](http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_8.5x11.pdf). Acesso em 26 de fevereiro de 2016.

VEIGA, K. C. G. FERNANDES, J. D. SADIGURSKY, D. Relacionamento Enfermeira/Paciente: Perspectiva terapêutica do Cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.18, n.2. P.322-325, 2009.

VIELE, C.S. Managing oral Chemotherapy: the healthcare practione's role. **American Journal of Health-System Pharmacy**. v.64, n.9 (Suppl 5), p.25-32, 2007.

XAVIER, Antonia Tayana Franca et al. Análise de gênero para o adoecer de câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 6, p. 921-926, Dec. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 de março de 2016.

WEINGART, P. LENTSCH, J. (Hrsg.). **Standards and »best Practices» of scientific Policy advice**. A Round Table Discussion with Sir David King, Chief Scientific Adviser to the British Government. Berlin: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Akademie-Debatten, 2006.

WILLIAMS A.B. Adherence to highly active antiretroviral therapy. **Nurse Clinic North Am**. v.34. n.1. p.113-119. Março. 1999

WOLIN K.Y. et al. Change in physical activity and colon câncer incidence and mortality. **Cancer Epidemiology Biomarkers Prev**. v. 19. p. 3000-3004, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Importance of Pharmacovigilance: Safety Monitoring of Medicinal Products**. Geneva (SWI): WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Cancer Report 2008**. Lyon (Fr.): International Agency for Research on Cancer, 2008.

**ANEXOS E APÊNDICES**

**ANEXO I**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO / CEP-UNIRIO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VIVÊNCIAS DE PESSOA EM QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA AUTOADMINISTRADA POR VIA ORAL

**Pesquisador:** Milena Quaresma Lopes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54546216.2.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.554.386

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de dissertação de mestrado que versa sobre o uso de medicamento quimioterápico oral por paciente acompanhado em ambulatório e o seu significado para esta clientela. O estudo é fenomenológico e abordagem qualitativa e se dará no ambulatório do INCA I, em que serão recrutados pacientes com os seguintes critérios: idade acima de 18 anos; com diagnóstico médico de Câncer Gástricointestinal, em tratamento com o quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina/Xeloda® a, no mínimo, 2 (dois) meses e em monoterapia." O paciente será entrevistado pela pesquisadora principal, conforme descrito na metodologia, e os dados serão transcritos posteriormente.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender o significado da ação de ingerir o fármaco antineoplásico quimioterápico autoadministrado por via oral;

E discutir a atuação da Enfermagem frente às vivências da pessoa em tratamento ambulatorial com quimioterápicos antineoplásicos autoadministrado por via oral.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são considerados mínimos, como descrito pela autora:"Esse estudo apresenta riscos

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.554.386

mínimos. Uma vez que, alguns questionamentos do roteiro de entrevista podem causar sentimentos desconfortáveis a você, uma vez que buscamos informações sobre suas vivências."

Quanto aos benefícios, são considerados como indiretos. A autora descreve: "Frente à compreensão da vivência da pessoa, sob a ótica de quem a vivencia, possibilitará a elaboração de uma assistência profissional, em

especial, da Enfermagem buscando atender as necessidades de saúde apresentadas pela pessoa em tratamento de maneira individualizada e integral."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante que busca compreender o auto-cuidado referente à administração de quimioterápico por parte do paciente com câncer.

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

Apresenta:

Folha de rosto

Autorização da coparticipante

Instrumento de coleta de dados

Termo de compromisso como pesquisador e similares

TCLE

Todos adequadamente preenchidos

**Recomendações:**

Inserir no TCLE que os dados serão coletados por meio de entrevista, qual o tempo médio de duração e o que será feito com os dados posteriormente.

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

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso a pesquisadora realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP.

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.554.386

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_675098.pdf	16/03/2016 13:49:04		Aceito
Outros	FORMULARIOSUBMISSAOMilenaQuaresmaLopes.pdf	16/03/2016 11:33:23	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	07/03/2016 19:51:09	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestradofinal.doc	07/03/2016 11:11:14	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Outros	RoteiroEntrevista.doc	07/03/2016 11:06:01	Milena Quaresma Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMila.doc	07/03/2016 11:04:39	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclDesp.pdf	07/03/2016 11:02:44	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declausodados.pdf	07/03/2016 11:02:35	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declarecruit.pdf	07/03/2016 11:02:24	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declapublic.pdf	07/03/2016 11:02:12	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaprivac.pdf	07/03/2016 11:02:00	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaEncerr.pdf	07/03/2016 11:01:44	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declacompr.pdf	07/03/2016 11:00:14	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAf.doc	07/03/2016 10:51:22	Milena Quaresma Lopes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Maio de 2016

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Paulo Sergio Marcellini**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-  
UNIRIO



Continuação do Parecer: 1.554.386

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

**UF:** RJ

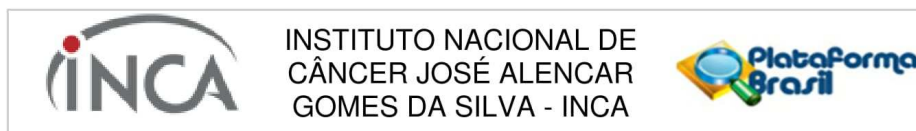
**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

## ANEXO II

## PARECER CONSUBSTANCIADO / CEP-INCA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Vivências de pessoa em quimioterapia antineoplásica autoadministrada por via oral**Pesquisador:** Milena Quaresma Lopes**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 57415916.1.3001.5274**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

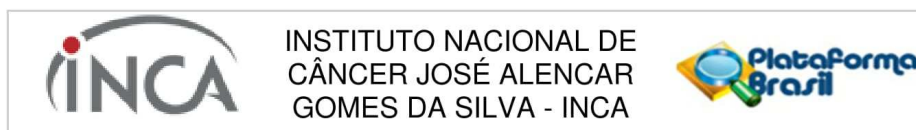
**Número do Parecer:** 1.642.232

## Apresentação do Projeto:

## INTRODUÇÃO:

É possível considerar o processo saúde-doença como uma construção social e que as relações estabelecidas entre as pessoas colaboram com as práticas utilizadas no manejo dos infortúnios (PINHEIRO et al, 2002). Partindo deste pensamento pode-se dizer que pessoas diferentes tem atitudes diferentes frente ao diagnóstico de uma doença crônica bem como ao tratamento proposto. Segundo relatório da Agência Internacional para pesquisa em Câncer (IARC)/OMS (World Cancer Report 2008), o impacto global do Câncer mais que dobrou em 30 anos, e as estimativas do INCA para o biênio 2016-2017 prevê que o Brasil deverá registrar 596 mil casos de câncer, caracterizando-o como um problema de saúde pública (WHO,2008 e INCA, 2016). O Câncer é um processo mórbido, caracterizado pelo surgimento de uma célula anormal gerada por mutação do DNA, está célula anormal se prolifera de maneira descontrolada, adquirindo características invasivas, podendo ganhar vasos sanguíneos e linfáticos e serem transportadas para outros órgãos e tecidos, fenômeno conhecido como metástases (SMELTZER e BARE 2011). Ao receber o diagnóstico de câncer inicia-se um longo caminho em que são vivenciados tratamentos incertos, dolorosos, prolongados marcando o corpo, a família e a pessoas de diversas maneiras diferentes. Lima, et al (2012), ressalta ainda que, por diversas vezes, ocorre o afastamento dos amigos, a

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.642.232

fragilização dos planos de futuro e convive-se com a iminente possibilidade da finitude. Tradicionalmente o tratamento antineoplásico se sustenta no tripé: Cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Para fins deste estudo a atenção será voltada para o tratamento quimioterápico antineoplásico (BONASSA, GATO, 2012). Frente a recentes descobertas e avanços, a indústria farmacêutica vem desenvolvendo drogas para o tratamento do Câncer buscando efeitos tóxicos menos agressivos, os quais além de bem tolerados são também de fácil manejo. Trata-se dos fármacos antineoplásicos autoadministrados por via oral (ROCHE, 2003).

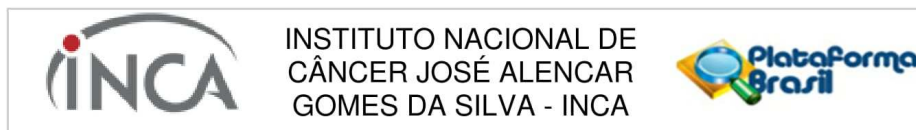
#### Hipótese:

As pessoas em terapia com quimioterápicos antineoplásicos auto administrados por via oral vivenciam o fenômeno de ser corresponsável por seu próprio tratamento. E a compreensão desta vivência na ótica da pessoa que a vivencia favorece a elaboração de uma assistência profissional, em especial, da Enfermagem para que sejam atendidas as necessidades de saúde apresentadas pela pessoa em tratamento de maneira individualizada e integral.

#### Metodologia Proposta:

Este estudo pousa sobre uma abordagem qualitativa que, segundo Merighi e Praça (2003), permite trabalhar com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes das pessoas envolvidas, podendo ainda contribuir para a aproximação entre o conhecimento e a prática na medida em que auxilia a compreensão dos sentimentos das pessoas, explicitando suas ações diante de uma situação problema. O processo metodológico no qual este estudo se desenvolverá será a fenomenologia sociológica de Alfred Schutz. Buscando articular as concepções deste autor à análise compreensiva das falas dos usuários a fim de apreender o significado das ações desenvolvidas pelas pessoas na vivência do tratamento. O movimento filosófico da Fenomenologia foi criado por Edmund Husserl como reação ao empirismo positivista, e tem como tarefa mostrar os fatos não construídos "para" pessoa e sim "pela" própria pessoa (CAPALBO, 1998). Contemporâneo de Husserl, Max Weber propôs a busca dos fundamentos para uma sociologia compreensiva (WAGNER, 2012). Reconhecendo a subjetividade e singularidade da vivência da pessoa neste estudo entende-se que a Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz se adequa a compreender as inquietações que envolvem o significado da ação de ingerir ou não um medicamento antineoplásicos oral como proposta terapêutica. A fim de atender aos requerimentos éticos, este projeto de pesquisa será submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas. Cumprindo da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), o

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.642.232

cenário em que este estudo se desenvolverá será no ambulatório de Oncologia do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional do Câncer localizado à Praça Cruz Vermelha, 23 - Centro - 20230-130 - Rio de Janeiro – RJ, no segundo andar deste edifício. Ao participante do estudo será oferecido o devido esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato da sua pessoa e do seu direito de participar ou não da mesma. Após estes esclarecimentos solicitar-se-á aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Apêndice I). Serão envolvidos na pesquisa apenas os usuários que concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será lido pelo participante da pesquisa e esclarecido pela pesquisadora; uma vez compreendido e aceito, será assinado pelo participante, e pela pesquisadora responsável. A fim de garantir a integridade da informação, as entrevistas serão gravadas em aparelho celular através de aplicativo de gravação de voz; e posteriormente, transcritas na íntegra para que os dados obtidos possam ser analisados. A análise dos dados fundamentar-se-á em estratégias apresentadas por pesquisadores da Fenomenologia Social de Alfred Schütz (JESUS et al., 2013; TOCANTINS, SOUZA, 1997), buscando, a partir do que emergir das falas dos depoentes, compreender o significado da ação de ingerir o fármaco quimioterápico autoadministrado por via oral.

**Critério de Inclusão:**

Pessoas em acompanhamento ambulatorial com idade acima de 18 anos, com diagnóstico médico de Câncer Gastrointestinal, em tratamento com o quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina/Xeloda® a, no mínimo, 2 (dois) meses e em monoterapia.

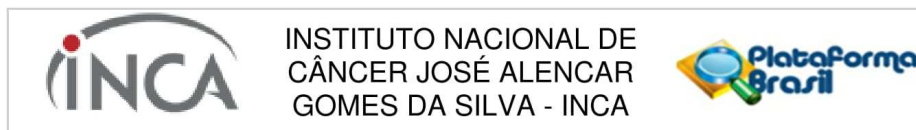
**Critério de Exclusão:**

Pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, que estejam em tratamento combinado com outro fármaco quimioterápico antineoplásico de administração por via venosa, considerando que o foco da pesquisa é a vivência da pessoa em terapia com quimioterápicos antineoplásicos autoadministrado por via oral.

**Desfecho Primário:**

Compreender o significado da ação de ingerir o fármaco quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral, e discutir a atuação da Enfermagem frente às vivências da pessoa em tratamento ambulatorial com quimioterápico antineoplásico.

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.642.232

Tamanho da Amostra no Brasil: 10

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Compreender o significado da ação de ingerir o fármaco antineoplásico quimioterápico auto administrado por via oral e discutir a atuação da Enfermagem frente as vivencias da pessoa em tratamento ambulatorial com quimioterápicos antineoplásicos auto administrado por via oral.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Esse estudo apresenta riscos mínimos. Uma vez que, alguns questionamentos do roteiro de entrevista podem causar sentimentos desconfortáveis a pessoa, uma vez que buscamos informações sobre suas vivências.

Benefícios:

Frente a compreensão da vivência da pessoa, sob a ótica de quem a vivencia, possibilitará a elaboração de uma assistência profissional, em especial, da Enfermagem buscando atender as necessidades de saúde apresentadas pela pessoa em tratamento de maneira individualizada e integral.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

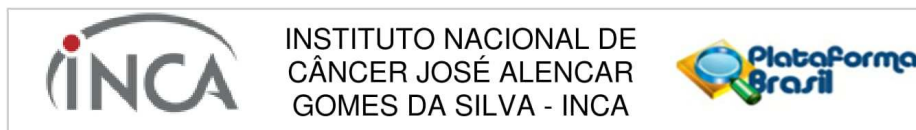
Projeto de dissertação de mestrado que versa sobre o uso de medicamento quimioterápico oral por paciente acompanhado em ambulatório e o seu significado para esta clientela. O estudo é fenomenológico e abordagem qualitativa e se dará no ambulatório do INCA I, em que serão recrutados pacientes com os seguintes critérios: idade acima de 18 anos; com diagnóstico médico de Câncer Gastrointestinal, em tratamento com o quimioterápico antineoplásico autoadministrado por via oral Capecitabina/Xeloda® a, no mínimo, 2 (dois) meses e em monoterapia. O paciente será entrevistado pela pesquisadora principal, conforme descrito na metodologia, e os dados serão transcritos posteriormente. Projeto de pesquisa relevante que busca compreender o auto-cuidado referente à administração de quimioterápico por parte do paciente com câncer.

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

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, datado e assinado.

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.642.232

- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado.
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado/Apresentado na Plataforma Brasil.
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Apresentado/ Adequado na Plataforma Brasil
- 6) Formulário para Submissão de Estudos no INCA: Adequado
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: Contemplados no documento "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_\_746227.pdf".
- 8) Documentos necessários para armazenamento de material biológico humano em biorrepositório/biobanco: Não se aplica.

**Recomendações:**

Trata-se de análise das Recomendações do projeto CAAE 54546216.2.3001.5274:

- 1) Releitura do projeto para correção de erros de digitação.

**RESPOSTA:**

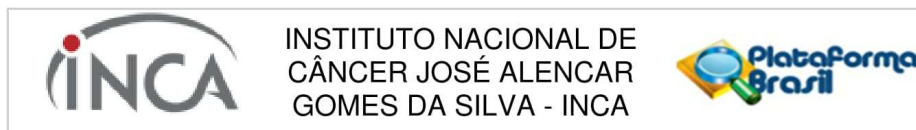
- 1) Nova leitura criteriosa de todo o texto do projeto, tendo sido realizadas correções dos erros de digitação;

**ANÁLISE:** Ainda constam no projeto erros de digitação. Recomenda-se atentar para erros de digitação nos trabalhos científicos.

- 2) Correção das referências bibliográficas:

- Weingart e Justus (2006) apresentados na página 11 estão na bibliografia como Weingart e Lentsch(2006);
- Tocantis, 1997, apresentado na página 19 consta na bibliografia como Tocantis, Souza, 1997.

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.642.232

**RESPOSTA:**

2)-Correção/adequação das referências bibliográficas apontadas na página 11 ajustadas para Weingart e Lentsch (2006) conforme consta na referência bibliográfica.

- Correção/adequação das referências bibliográficas apontadas na página 19 ajustadas para Tocantins, Souza, 1997 conforme consta na referência bibliográfica.

**ANÁLISE:** Recomendação atendida.

3) Incluir orçamento financeiro no projeto de pesquisa, conforme consta na PB.RESPOSTA:

**RESPOSTA:**

3) Incluído orçamento financeiro no projeto de pesquisa, evidenciado no Apêndice IV.

**ANÁLISE:** Não consta no projeto de pesquisa anexado na Plataforma Brasil em 24/06/2016 12:00:21 intitulado "ProjetoMestradofinal.doc" o Apêndice IV que a pesquisadora faz referência. O projeto faz referência a existência de um Apêndice onde consta o orçamento (na página 20) mas o projeto se encerra no Apêndice III que trata do " CRONOGRAMA DO ESTUDO"(página 29).

4) Recomenda-se reescrever o Cronograma do estudo (Apêndice III) no projeto conforme consta na PB.

5) Recomenda-se marcação da dimensão temporal como Prospectiva no Formulário de Submissão de Estudos no INCA.

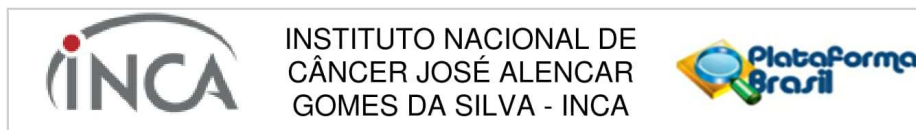
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conforme apresentado no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA de número 1591145 datado de 15/06/2016. Na ocasião projeto submetido pelo CAAE 54546216.2.3001.5274, não aprovado por se tratar de Projeto onde o INCA é Coparticipante, cabendo ao CEP-INCA na ocasião apenas as opções de APROVAR ou NÃO APROVAR através do parecer consubstanciado supracitado, onde foi avaliado que o projeto se enquadraria como pendente de acordo com o apontado na seção Pendências ou Lista de Inadequações. Sendo na ocasião orientado a Nova Submissão, aqui apresentada para análise sob o CAAE 57415916.1.3001.5274, tratadas a seguir:

**PENDÊNCIAS** analisadas:

<b>Endereço:</b> RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203	<b>CEP:</b> 20.231-092
<b>Bairro:</b> CENTRO	
<b>UF:</b> RJ	<b>Município:</b> RIO DE JANEIRO
<b>Telefone:</b> (21)3207-4550	<b>Fax:</b> (21)3207-4556
	<b>E-mail:</b> cep@inca.gov.br





Continuação do Parecer: 1.642.232

1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

A) **PENDÊNCIA:** Atentar para a rubrica que deverá ser feita nas duas páginas nas duas vias do TCLE (uma do participante e uma do pesquisador); uma vez que a primeira página do TCLE não consta de espaço para este fim.

**RESPOSTA:** Incluído espaço em nota de rodapé para rubrica do participante e do pesquisador em todas as páginas do TCLE;

**ANÁLISE ATUAL:** Pendência atendida.

B) **PENDÊNCIA:** No item Riscos descreve-se que “Esse estudo apresenta riscos mínimos. Uma vez que, alguns questionamentos do roteiro de entrevista podem causar sentimentos desconfortáveis a você, uma vez que buscamos informações sobre suas vivências. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que lhe causem desconforto”. Solicita-se descrever qual assistência será prestada/oferecida aos participantes de pesquisa que apresentarem desconforto para além da escolha deste de não responder as perguntas. Solicita-se ciência e anuência da Psicologia do Hospital.

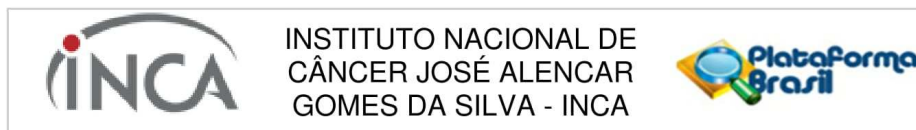
**RESPOSTA:** Acrescentado o trecho: Caso, algum questionamento, ou assunto abordado, lhe traga sentimentos desconfortáveis, será oferecido encaminhamento ao serviço de psicologia para atendimento Pag. 1 e 2 do TCLE.

**OBS:** Obtida assinatura do Serviço de psicologia do Hospital constante no Formulário para Submissão de Estudo no INCA, vide folha 2.

**ANÁLISE ATUAL:** Pendência atendida.

C) **PENDÊNCIA:** No item benefícios, solicita-se melhor esclarecimentos quantos aos benefícios indiretos para o participante da pesquisa. Sugere-se ainda que acrescente aos benefícios do TCLE as informações que constam no item benefícios do Projeto da Plataforma Brasil. (Arquivo: PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_675098.pdf): “Frente à compreensão da vivência da pessoa, sob a ótica de quem a vivencia, possibilitará a elaboração de uma assistência profissional, em especial, da Enfermagem buscando atender as necessidades de saúde apresentadas pela pessoa em tratamento de maneira individualizada e integral”.

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.642.232

RESPOSTA: Revisado o trecho quanto aos benefícios indiretos: "Os benefícios relacionados com sua participação neste estudo consistem em benefícios indiretos pela ampliação do conhecimento científico acerca das vivências das pessoas em tratamento com o medicamento Capacitabina". Pág 1 do TCLE.

- Acrescentado informações quanto ao item benefícios: "Frente à compreensão desta vivência, sob a ótica de quem a vivencia, será possível oportunizar melhoria na prática profissional, especialmente do enfermeiro, buscando atender as necessidades de saúde apresentadas pela pessoa em tratamento de maneira individualizada e integral. Pág 1 do TCLE.

- Incluído o trecho: "Neste sentido não existem benefícios diretos para você". Pág 1 do TCLE.

ANÁLISE ATUAL: Pendência atendida.

D) PENDÊNCIA: Solicita-se que seja atendida a recomendação do CEP UniRio (no seu parecer consubstanciado) de inserir no TCLE qual o tempo médio de duração das entrevistas que serão realizadas.

RESPOSTA: Especificado tempo médio de duração da entrevista. Pág. 1 do TCLE. (Inclusive acrescentada esta informação no projeto de pesquisa. Pág. 19 e na PB).

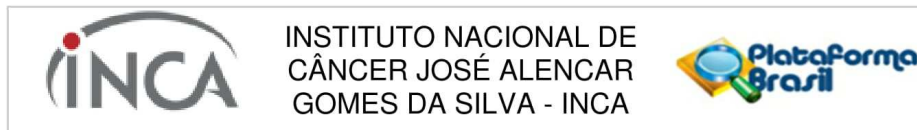
ANÁLISE ATUAL: Pendência atendida.

2) Formulário para Submissão de Estudos no INCA:

A) PENDÊNCIA: O formulário apresenta ciência e anuência das chefias de Oncologia/Ambulatório; da Farmácia Hospitalar; do Sistema Intranet e Absolute; e do Arquivo Médico. Entretanto, não apresenta ciência e anuência da Chefia da Central de Quimioterapia/Enfermagem. Adequar. Solicita-se também ciência e anuência da Psicologia do Hospital, tendo em vista os riscos mínimos apresentados no projeto: "uma vez que, alguns questionamentos do roteiro de entrevista podem causar sentimentos desconfortáveis a você, uma vez que buscamos informações sobre suas vivências" que resultará em necessidade de ciência/encaminhamento a Psicologia do Hospital.

RESPOSTA: Incluído assinatura da Chefia da Central de Quimioterapia/Enfermagem no Formulário

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.642.232

de Submissão de Estudo no INCA.

- Incluída assinatura do Serviço de Psicologia do Hospital no Formulário de Submissão de Estudo no INCA.

ANÁLISE ATUAL: Pendência atendida.

B) PENDÊNCIA: No item 5 do Formulário para Submissão de Estudos no INCA, Natureza da pesquisa, há a marcação da dimensão temporal da pesquisa como sendo Retrospectiva. Entretanto, no projeto de pesquisa e na PB, apresenta no cronograma, no item coleta e transcrição de dados o período de 01/06/2016 a 30/09/2016. Consta data de submissão do projeto na PB de 16/03/2016. Adequar.

RESPOSTA: Revisto a marcação da dimensão temporal da pesquisa; no item 5 do formulário não foi preenchido a dimensão temporal pois o estudo caracteriza-se como um estudo transversal.

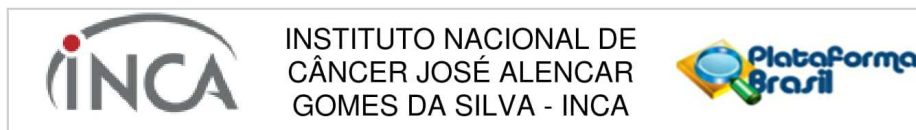
ANÁLISE ATUAL: O estudo transversal se aplica no que se refere ao período de seguimento do estudo, porém quanto a direcionalidade temporal do estudo, o projeto de pesquisa é prospectivo, com coleta de dados em tempo futuro, conforme consta na Plataforma Brasil, período de 01/08/2016 31/10/2016. Recomenda-se marcação da dimensão temporal como Prospectiva no Formulário para Submissão de Estudos no INCA.

3) Projeto:

PENDÊNCIA: Na página 19 do projeto consta que "Serão envolvidos na pesquisa apenas os usuários que concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será lido e esclarecido pela pesquisadora, compreendido, aceito e assinado pela pessoa participante, e pela pesquisadora responsável". Corrigir a frase, tendo em vista que o TCLE não pode ser lido pela pesquisadora, e sim pelo participante da pesquisa.

RESPOSTA: Corrigido o período apontado na pág. 19: "Serão envolvidos na pesquisa apenas os usuários que concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será lido pelo participante da pesquisa e esclarecido pela pesquisadora; uma vez compreendido e aceito, será assinado pelo participante, e pela pesquisadora responsável. "

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.642.232

ANÁLISE ATUAL: Pendência atendida.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

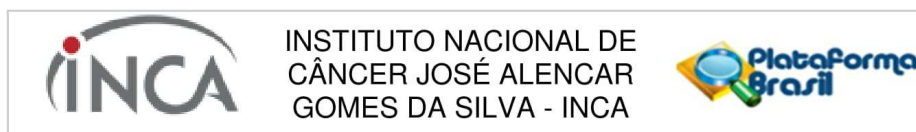
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_746227.pdf	24/06/2016 12:31:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestradofinal.doc	24/06/2016 12:00:21	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.doc	24/06/2016 11:59:23	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Outros	Roteirodeentrevista.doc	24/06/2016 11:56:22	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Outros	Formulariosubmissaoincacomp.pdf	24/06/2016 11:53:04	Milena Quaresma Lopes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE1TCLEINCA.doc	24/06/2016 11:45:06	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclDesp.pdf	24/06/2016 11:41:29	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declausodados.pdf	24/06/2016 11:41:13	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declarecrut.pdf	24/06/2016 11:40:56	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declapublic.pdf	24/06/2016 11:40:41	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaprivac.pdf	24/06/2016 11:40:26	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaEncerr.pdf	24/06/2016 11:40:11	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declacompr.pdf	24/06/2016 11:39:47	Milena Quaresma Lopes	Aceito

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 1.642.232

Cronograma	CRONOGRAMA.xls	24/06/2016 11:39:09	Milena Quaresma Lopes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	24/06/2016 11:37:26	Milena Quaresma Lopes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Julho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Carlos Henrique Debenedito Silva**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

VIVÊNCIAS DE PESSOA EM QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA AUTOADMINISTRADA POR VIA ORAL

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Você está sendo convidado a participar de um estudo que envolve entrevista, com duração de aproximadamente 30 minutos, a pessoas atendidas no Hospital do Câncer I do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e que fazem uso do fármaco Capecitabina/Xeloda®.

Este documento é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com ele você deve entender sobre este estudo, retirar quaisquer dúvidas com o pesquisador e decidir quanto a sua participação. Após receber as informações e esclarecer suas dúvidas, concordando em fazer parte desde estudo, você pode assiná-lo.

**Propósitos da pesquisa:** Este estudo objetiva compreender o significado da ação de ingerir o fármaco antineoplásico quimioterápico autoadministrado por via oral.

A fim de clarear sua decisão em participar ou não deste estudo, é preciso conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

**Benefícios:** Os benefícios relacionados com sua participação neste estudo consistem em benefícios indiretos pela ampliação do conhecimento científico acerca das vivências das pessoas em tratamento com o medicamento Capecitabina/Xeloda®. Frente à compreensão desta vivência, sob a ótica de quem a vivencia, será possível oportunizar melhoria na prática profissional, especialmente do enfermeiro, buscando atender as necessidades de saúde apresentadas pela pessoa em tratamento de maneira individualizada e integral. Neste sentido não existem benefícios diretos para você. Destaca-se que você não será remunerado por sua participação e não terá direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

**Riscos:** Esse estudo apresenta riscos mínimos, considerando que alguns questionamentos do roteiro de entrevista podem causar sentimentos desconfortáveis

---

Rubrica do participante ou representante legal

---

Rubrica do investigador responsável

a você. Neste estudo buscamos informações sobre suas vivências, sendo que você pode optar por não responder quaisquer perguntas que lhe causem desconforto.

Caso, algum questionamento, ou assunto abordado, lhe traga sentimentos desconfortáveis, será oferecido encaminhamento ao serviço de psicologia para atendimento.

**Caráter confidencial dos registros:** É garantido o sigilo de sua identificação em todas as etapas do estudo, inclusive na apresentação dos resultados. As instituições envolvidas terão acesso aos resultados produzidos em sua íntegra, mantendo-se a confidencialidade e anonimato dos participantes. Cabe esclarecer, que os resultados do estudo serão utilizados para a elaboração de dissertação de mestrado, trabalhos divulgados em eventos científicos e publicação de manuscritos em periódicos científicos. No entanto, nenhum dado divulgado do estudo apresentará qualquer tipo de identificação do participante.

**Custos:** Este estudo não implica custo bem como, não ocorre forma alguma de pagamento por sua participação no estudo.

**Bases da participação:** É garantida a plena liberdade do participante. Assim, é assegurado a respeitabilidade de sua decisão caso queira desistir a qualquer momento do estudo, ainda que o mesmo já tenha se iniciado, com a garantia de que nenhum ônus ou consequência lhe ocorrerá. Bem como, é direito seu decidir não participar deste estudo.

**Garantia de Esclarecimentos:** Este estudo é realizado pelo Curso de Mestrado, vinculado a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e no Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes Silva – INCA, ambulatório de Oncologia Clínica, sendo a mestranda (Matrícula 15101P8M13) e enfermeira (Matrícula 1870136) da Central de Quimioterapia Adulto – CQTA Milena Quaresma Lopes a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Florence Tocantins. As pesquisadoras se dispõem a responder a quaisquer dúvidas que você tenha. Caso seja necessário contacte no e-mail milenaq\_lopes@inca.gov.br ou no telefone 988441990; pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br ou também pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o CEP-INCA, situado à Rua do Resende, 128 - sala 203, Centro. Telefones (21) 3207-4550/ 3207-4556, ou e-mail: cep@inca.gov.br.

Após leitura das informações acima eu entendi o propósito deste estudo bem como os benefícios e que os riscos potenciais da minha participação são mínimos; foi possível esclarecer dúvidas.

Assim, por intermédio deste termo, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo “Pessoa em quimioterapia antineoplásica autoadministrada por via oral: significado da ação”.

Declaro que recebi uma cópia (três folhas rubricadas) e assinada deste formulário de consentimento e fui informado que a outra ficará arquivada com a pesquisadora responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome e assinatura do Participante                                  Data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Pesquisador responsável                  Data



**APÊNDICE II****ROTEIRO DE ENTREVISTA*****APONTAR O SIGNIFICADO DA AÇÃO DE INGERIR O FÁRMACO  
ANTINEOPLÁSICO QUIMOTERÁPICO AUTOADMINISTRADO POR VIA ORAL***

Pseudônimo: ..... Idade: .....

Profissão: .....

Ocupação: .....

Quem reside com você: .....

Qual a relação entre vocês: .....

O que você costuma comer: .....

Quais suas atividades de lazer: .....

Você pratica atividade física: .....

Qual: .....

Diagnóstico médico: .....

Há quanto tempo você recebeu este diagnóstico: .....

Como você chega ao hospital: .....

Por que você usa este fármaco: .....

Ha quanto tempo você usa este fármaco: .....

Até quando está previsto você usar este fármaco: .....

O que você pretende quando usar este fármaco: .....

O que facilita você a tomar este fármaco: .....

O que dificulta você a tomar este fármaco: .....

Como você ingere o fármaco: .....

Em qual momento você ingere o fármaco: .....