



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer
Coordenação de Ensino
Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia - Nutrição

GABRIELE BENTES DE AGUIAR

Representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação entre pacientes
com câncer avançado

Rio de Janeiro
2024

GABRIELE BENTES DE AGUIAR

Representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação entre pacientes
com câncer avançado

Trabalho de conclusão de Residência
apresentado ao Instituto Nacional de
Câncer, Rio de Janeiro, como requisito
para obtenção do título de especialista em
oncologia. Área de concentração: Nutrição.

Orientadora: PhD^a Mariana Fernandes Costa

Coorientadora: Ms^a Rosane de Souza Santos

Rio de Janeiro

2024

GABRIELE BENTES DE AGUIAR

Representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação entre pacientes com câncer avançado

Trabalho de conclusão de Residência apresentado ao Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Especialista em oncologia. Área de concentração: Nutrição.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Mariana Fernandes Costa
Instituto Nacional de Câncer

Rosane de Souza Santos
Instituto Nacional de Câncer

Antônio Tadeu Cheriff dos Santo
Instituto Nacional de Câncer

Ignez Magalhães de Alencastro
Instituto Nacional de Câncer

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por me proporcionar a força e a orientação necessárias durante todo o período de elaboração deste trabalho.

Agradeço aos meus pais, pela constante inspiração, incentivo e apoio incondicional ao longo da jornada acadêmica.

Às minhas orientadoras Mariana Costa e Rosane Santos, pela paciência, dedicação e valiosas orientações que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Vicente pela sua disposição para auxiliar na análise dos dados, sempre disposto a esclarecer dúvidas, trazendo contribuições essenciais para o desenvolvimento do trabalho.

Às minhas amigas Ana Carolina, Juliane e Nathália, pelo apoio mútuo nesses 2 anos de residência, que estiveram comigo nos momentos mais difíceis e felizes, pelos conselhos, parceria e aprendizado conjunto nesse tempo juntas.

À bibliotecária Fadia da instituição, pela disponibilidade e diversidade de materiais que enriqueceram a fundamentação teórica deste trabalho.

A todos que contribuíram para o sucesso desta jornada. Cada um de vocês desempenhou um papel fundamental na realização deste trabalho, e por isso, expresso minha profunda gratidão.

RESUMO

AGUIAR, G. B. DE; COSTA, M. F.; SANTOS, R. DE S. **Representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação entre pacientes com câncer avançado.** (Especialização em Oncologia) – Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2024.

Introdução: Os cuidados paliativos buscam melhorar a qualidade de vida do paciente e cuidadores, a partir de uma abordagem multiprofissional. Em pacientes com câncer avançado, as alterações alimentares apresentam desafios significativos. O estudo das representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação é essencial para compreender as interações entre o indivíduo e a sociedade. **Objetivo:** Compreender as representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação entre pacientes com câncer avançado. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva, sendo adotada a Teoria das Representações Sociais (TRS) em que foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Os dados foram analisados pelo software EVOC, destacando palavras centrais e periféricas. **Resultados:** A análise das evocações para cuidados paliativos destacou “controle de sintomas” como termo de maior compartilhamento relacionado as concepções dos participantes (centralidade). Os termos “cuidado” e “tratamento” foram elementos periféricos relevantes, mais presentes na contextualização ancoradas com a prática. “Qualidade de vida” também apareceu destacado como importante termo evocado, ainda que para um grupo menor de pacientes. A análise das evocações para alimentação destacou os termos centrais “alimentação saudável” e “saúde”, que ressaltam a importância dessa experiência alimentar do paciente diante em seu convívio com o adoecimento. “Prazer” e “boa [qualidade percebida]” como elementos periféricos que ancoram a relação que os participantes têm com o alimento. **Conclusão:** Os limites na compreensão sobre o termo cuidados paliativos revelam desafios na comunicação, quando a transição do cuidado é percebida como momento único, sendo o foco transferido da cura para o manejo de sintomas, conforto e qualidade de vida. Paralelamente, o cuidado alimentar individualizado é fundamental para preservar a identidade sociocultural do paciente.

Palavras-chave: Representação Social; Cuidados Paliativos; Controle de Sintomas; Alimentação saudável; Qualidade de Vida; Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	2
2. JUSTIFICATIVA	5
3. OBJETIVOS	6
3.1 Objetivo Geral.....	6
3.2 Objetivos específicos.	6
4. METODOLOGIA	7
5. RESULTADOS	11
6. DISCUSSÃO	17
7. CONCLUSÃO	27
8. REFERÊNCIAS	28
9. ANEXOS	33

1. INTRODUÇÃO

Câncer é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o Brasil, estima-se a cada ano do triênio 2023-2025, 704 mil casos novos de câncer. O perfil epidemiológico identifica que os cânceres de próstata (72 mil) em homens e mama (74 mil) em mulheres serão os mais frequentes no país. Apesar dos avanços tecnológicos relacionados ao diagnóstico e tratamento do câncer, o mesmo pode se tornar refratário à terapia antineoplásica. Além disso, em países menos desenvolvidos, uma alta parcela dos pacientes é diagnosticada em estágios avançados da doença, quando os tratamentos modificadores do curso da doença já não apresentam efetividade, assumindo uma particular importância os cuidados paliativos exclusivos (INCA, 2023; WPCA, 2014).

Os cuidados paliativos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Entretanto, o cenário ideal envolveria a implementação de cuidados paliativos desde o instante do diagnóstico da doença, conforme definido em seu conceito, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida, livre de angústias, centrando-se na pessoa e desviando o foco da doença (MATOS, 2017; WHO, 2018).

No Brasil, a atenção para os cuidados paliativos vem aumentando, expressando-se na criação de serviços e equipes que oferecem esse tipo de assistência, embora esse movimento ainda seja lento. Mesmo diante desses avanços, a qualidade nos cuidados ofertados no final de vida e a disponibilização de serviços de cuidados paliativos no contexto brasileiro ainda precisam de grandes investimentos. A abordagem voltada para o ser humano em sua integralidade e a necessidade de intervenção em sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual transformam a prática dos cuidados paliativos em um trabalho necessariamente de equipe, de caráter interprofissional, que conta com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes

espirituais de caráter ecumênico ou da religião escolhida pelo paciente (MACIEL, 2008).

A abordagem paliativa no cuidado incorpora metas de bem-estar e qualidade de vida às práticas convencionais de tratamento, com ênfase no manejo da dor e no alívio de sintomas a partir de uma perspectiva abrangente e contínua para pacientes e seus familiares. Além disso, sua implementação requer uma interação efetiva entre a equipe de saúde, o paciente e a família. Portanto, a aplicação dessa abordagem possui o potencial de desencadear conflitos, tanto devido à transformação estrutural na prestação de assistência, que direciona o foco para o indivíduo em detrimento da doença, quanto pela participação ativa da família no processo de cuidado (MELO; CAPONERO, 2009).

As alterações alimentares do indivíduo doente, seja em relação à fisiopatologia do câncer ou dos efeitos colaterais do tratamento realizado, são algumas das situações de cuidados que podem se tornar um problema para o paciente, família/cuidador e equipe de saúde. Os pacientes com doença avançada apresentam sinais e sintomas como náuseas, vômitos, alteração no paladar, saciedade precoce, constipação intestinal, anorexia, caquexia, fraqueza e dispnéia. Esse quadro é de relevância clínica, uma vez que leva à menor ingestão de alimentos e consequente perda de peso, resultando em implicações consideráveis (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009). Dessa forma, a alimentação pode adquirir novos sentidos pelas necessidades impostas pela doença. Numa fase paliativa, a alimentação tem o objetivo de proporcionar conforto e manter a qualidade de vida, sendo possível que alguns alimentos apresentem significado especial na cultura da pessoa doente ou simplesmente proporcionem boas recordações (CARVALHO; PARSONS, 2012).

A filosofia dos cuidados paliativos requer que se aceite a complexidade dos sentidos da alimentação e se compreenda o profundo impacto das alterações para os pacientes e cuidadores/familiares. Refletir sobre questões relacionadas à alimentação na finitude humana sempre provoca polêmicas e opiniões discrepantes entre profissionais de saúde, familiares/ cuidadores e o próprio paciente. Entretanto, envolve também aspectos simbólicos, permeados por crenças, tabus, distinções e cerimônias. Comer não representa apenas o fato de incorporar elementos nutritivos importantes para o nosso organismo, é antes de tudo um ato social e cultural (BENARROZ; FAILLACE; BARBOSA, 2009).

Dessa forma, analisar e compreender as representações sociais sobre alimentação e cuidados paliativos para pacientes com câncer que recebem a notícia de doença avançada pode ser um benefício potencial ao campo de saúde, uma vez que as representações sociais são compreendidas como uma forma de conhecimento elaborada e compartilhada socialmente, constituída de informações, crenças, opiniões e atitudes sobre um determinado objeto que contribuem para a construção de uma realidade comum a um grupo social. Estas, portanto, influenciam tanto a apropriação da realidade quanto a resposta dos sujeitos ao meio de interação, sendo construída essencialmente no contexto das relações sociais em um processo simbólico de produção de saberes e de orientação das ações e interações organizadas nos níveis de análise sociológica e psicológica (FITARONI; BOUSFIELD; SILVA, 2021).

Devido a essa concepção, o estudo das representações sociais possibilita analisar a interação entre o universo individual e a sociedade (FITARONI; BOUSFIELD; SILVA, 2021), o que justifica associar a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico neste trabalho.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pela escassez de estudos qualitativos na literatura científica sobre alimentação e nutrição em cuidados paliativos, principalmente em unidades hospitalares do serviço público brasileiro. Outros fatores que também motivam a realização do estudo são a sua relevância para a sociedade, pois irão trazer benefícios à população atendida e aos profissionais atuantes na área de cuidados paliativos, pois possibilitará compreender as representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação que cercam esses pacientes, considerando a vivência de uma doença avançada e em progressão. Com isso, pretende-se contribuir para uma abordagem mais precoce sobre os cuidados paliativos, de modo a oferecer conforto e apoio aos pacientes, além de desenvolver estratégias que diminuam as barreiras comunicacionais sobre a alimentação e os possíveis estigmas que associam os cuidados paliativos exclusivamente a morte, além de aliviar o sofrimento dos atores envolvidos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender as representações compartilhadas de pacientes em cuidados paliativos, com câncer avançado, sobre cuidados paliativos e alimentação.

3.2 Objetivos específicos

1. Avaliar o nível de conhecimento sobre o termo cuidados paliativos entre pacientes com câncer avançado encaminhados para uma unidade de cuidados paliativos exclusivos.
2. Identificar a frequência de evocação de termos associados aos cuidados paliativos.
3. Analisar as representações sociais da alimentação entre pacientes com câncer avançado encaminhados para uma unidade de cuidados paliativos exclusivos.
4. Identificar a frequência de evocação de termos associados a alimentação nesse momento da vida dos pacientes.
5. Investigar o grau de importância que os termos cuidados paliativos e alimentação têm para os pacientes com câncer avançado.

4. METODOLOGIA

A pesquisa foi esboçada no paradigma qualitativo, sendo o estudo exploratório, descritivo, orientado pela Teoria das Representações Sociais (TRS), esta pode ser definida como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originados no cotidiano e nas comunicações interindividuais (MOSCOVICI, 2007). A TRS é uma abordagem psicossociológica sobre o processo de estruturação do pensamento social. Constitui um modelo teórico que favorece a compreensão do comportamento humano a partir da relação entre os elementos sociais e culturais e a atividade mental individual, permitindo a compreensão de como grupos sociais constroem e negociam sentidos sobre variados objetos sociais. Também é capaz de revelar uma relação sutil entre representações e influências comunicativas, uma vez que entende que aquelas são produtos da interação e comunicação do sujeito com o mundo, se configurando a partir do equilíbrio desses processos de influência social. Em outras palavras, as representações sociais são consideradas como uma construção do significado do meio social, onde estímulo e resposta se formam ao mesmo tempo, em constante relação (CAMINO; TORRES, 2011; CHAVES; SILVA, 2013; PALMONARI; CERRATO, 2014; MOSCOVICI, 2012).

Denzin e Lincoln (2000) afirmam que a pesquisa qualitativa implica uma aproximação interpretativa, na qual o investigador estuda o fenômeno no seu meio natural, tentando interpretá-lo e buscando alcançar o seu sentido, mantendo-se fiel ao significado que as pessoas lhe atribuem. Justifica-se o estudo por exploratório, já que se tem interesse em proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade. Como estudo descritivo pretende-se dar uma imagem fiel da vida, daquilo que as pessoas pensam e o modo como atuam, melhorando a compreensão de um dado acontecimento (AMEZCUA; GÁLVEZ TORO, 2002; CARMO; FERREIRA, 1998; DENZIN; LINCOLN, 2000).

O campo de aplicação da pesquisa foi o Hospital do Câncer IV, unidade de cuidados paliativos exclusivos do INCA, localizado na cidade do Rio de Janeiro, no período de março a julho de 2023. Como participantes do estudo foram selecionados pacientes com câncer avançado encaminhados das clínicas de origem para a unidade de cuidados paliativos exclusivos do INCA, transferidos para internação nas enfermarias. Como critérios de inclusão foram considerados elegíveis

pacientes com idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com tumores malignos em estágio avançado independentemente da localização, lúcidos e orientados, capazes de se comunicar verbalmente. Foram excluídos pacientes com déficits cognitivos ou sem comunicação verbal, em uso de nutrição enteral via cateter ou ostomias, não alfabetizados e com rebaixamento do nível de consciência.

As entrevistas foram gravadas com consentimento dos participantes e garantido o anonimato dos mesmos. Dados secundários foram preenchidos no questionário para caracterização clínica e sociodemográfica do paciente (idade, sexo, capacidade funcional, diagnóstico, tratamentos anteriores, metástases, sintomas e prescrição de dieta). Esses dados foram analisados por estatística descritiva simples, utilizando o programa Excel®.

Os dados foram coletados a partir da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). A TALP é um instrumento de pesquisa que se apoia sobre um repertório conceitual no que concerne ao tipo de investigação aberta, permitindo evidenciar, face a diferentes estímulos, universos semânticos através da saliência dos universos comuns de palavras. O instrumento estrutura-se dessa maneira, sobre a evocação das respostas dadas a partir de estímulos indutores. Esses termos indutores devem ser previamente definidos em função do objeto representacional, levando em consideração também as características da amostra ou sujeitos da pesquisa que serão entrevistados. Assim, o teste pode ser constituído de um ou vários estímulos indutores escolhidos de acordo com os critérios de saliência e de coerência com os objetos da pesquisa (MARIA; EMERSON DO BÚ, 2017; LIMA et al., 2016)

Antes da aplicação da técnica, é aconselhável que o pesquisador ilustre ao entrevistado, com um estímulo não utilizado na pesquisa, o procedimento de aplicação desta, intuindo assim, o familiarizar com o teste. Deve-se salientar a importância das expressões ou palavras isoladas, substantivos e/ou adjetivos, esclarecendo que é preferível a não utilização de frases pelos participantes, bem como, desaconselhar construções verbais intelectualmente mais elaboradas que podem invalidar os resultados da pesquisa. Outro aspecto fundamental a ser destacado pelo pesquisador quando orienta os atores sociais é relativo ao tempo: quanto mais rápido for registrada a resposta, melhor o resultado. É importante assinalar que o tempo gasto em reflexão na busca de palavras mais adequadas e sofisticadas podem deturpar os resultados da pesquisa. Quanto mais ágil e impulsiva

for a resposta, maior seu efeito de validade. A questão padronizada para aplicação da técnica consiste em solicitar ao entrevistado: “Se eu lhe digo “X”, o que vem à sua mente? Dê-me “X” palavras, que para você, caracterizam “X” (COUTINHO, 2005; MARIA; EMERSON DO BÚ, 2017).

Os termos indutores utilizados foram “cuidados paliativos” e “alimentação”. Após a apresentação do termo indutor foi solicitado que o entrevistado falasse três palavras ou expressões que venham à sua mente e que enumerasse cada uma de acordo com uma ordem de importância, pois estudos mais recentes sugerem a substituição do critério de “ranking de aparição” pelo critério “ranking de importância”, resultado da hierarquização efetuada pelo sujeito. Deste modo, o sujeito é requisitado a classificar os termos que produziu de acordo com a importância que atribui a cada palavra induzida para definir o objeto da representação que está sendo estudado. A abordagem desenvolvida por Jean-Claude Abric, em 1976, baseia-se na hipótese de que toda representação social se organiza em torno de um núcleo central, sendo elemento fundamental responsável pela organização e significação da representação (ABRIC, 2001).

Os dados produzidos a partir da TALP foram organizados para processamento através do software EVOC - *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations*, na versão 2005, e analisados por sua frequência e sua posição na sequência evocada, estimando-se a ordem média de evocação (OME). Trata-se de um conjunto de programas articulados que realiza análise lexical, através de análises estatísticas clássicas e multivariadas, permitindo a relação entre as palavras identificadas na produção textual com variáveis categoriais evidenciadoras dos produtores do texto. Esse programa destaca o conteúdo de uma representação e revela os elementos organizadores desse conteúdo. A partir das técnicas do software, é possível conferir objetividade dos resultados ao possibilitar a codificação de dados, ordenamento, estruturação, recuperação e visualização desses dados, entre outras atividades. Assim, é possível afirmar que esse software contribui como tecnologia computacional para o auxílio em investigações qualitativas, aumentando a validade dos estudos (CAMARGO; JUSTO, 2013; REIS et al., 2013; SARUBBI et al., 2017).

O programa EVOC foi desenvolvido para identificar, a partir de uma lista ordenada de evocações livres, os elementos centrais e periféricos da representação, de acordo com a centralidade. As evocações são organizadas pela ordem e frequência de aparição, estruturando um corpo de expressões chave para a análise

de representações de determinado grupo social (SARUBBI. et al., 2017). Ao conjugar a frequência das palavras com a importância dada pelos participantes resulta o quadro formado com quatro quadrantes os quais representam a centralidade, a primeira periferia, a zona de contraste e a segunda periferia. Pereira (2001) esclarece que as abordagens de Vergès combinam a análise das frequências das evocações (abordagem quantitativa) com a ordenação das evocações (abordagem qualitativa), a fim de construir uma tabela de contingências com quatro quadrantes distintos, demarcados por essas interseções.

Definiu-se para a entrada das evocações no quadro de análise de quatro quadrantes de Vergès o valor acumulado em torno de 50% do total das palavras evocadas. As quatro casas salientam as zonas periféricas (primeira e segunda periferias), a zona de contraste e a de centralidade, tendo em vista a combinação das frequências e de cada termo evocado. A tendência central é expressa pela mediana das evocações admitidas no quadro, enquanto para o valor hierárquico (rang) da OME é calculada a média de suas médias ponderadas. Os termos evocados ocupam uma posição de centralidade na dinâmica discursiva por apresentarem frequência acima da mediana e abaixo da média da ordem em que os termos foram evocados. Sabe-se que as quatro primeiras palavras evocadas e em maior frequência tendem a representar associações fortemente atreladas aos afetos e ao imaginário coletivo. A zona de contraste, embora apresente evocações com baixa frequência, traz termos que são evocados nas primeiras posições, sendo assim, de grande importância para esse grupo de pacientes. As periferias referem-se a termos mais relacionados ao contexto imediato em que as práticas são realizadas (SARUBBI et al., 2017).

Todos os pacientes aceitaram participar voluntariamente do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA, sob número do parecer 5.911.672 e CAAE: 66500223.3.0000.5274. Esta pesquisa foi elaborada respeitando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12).

5. RESULTADOS

Dos 91 pacientes transferidos das clínicas de origem para a unidade de cuidados paliativos exclusivos no período analisado, 39 foram excluídos. Portanto, fizeram parte da pesquisa 52 pacientes. Na tabela 1, apresenta-se o perfil dos pacientes entrevistados.

Tabela 1 - Perfil dos pacientes com câncer avançado entrevistados (n=52). Brasil, 2023

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
20 a 59 anos	31 (59,6%)
≥ 60 anos	21 (40,4%)
Sexo	
Feminino	35 (67,3%)
Masculino	17 (32,7%)
Unidade de origem*	
Hospital do Câncer I (HC I)	21 (40,4%)
Hospital do Câncer II (HCII)	21 (40,4%)
Hospital do Câncer III (HCIII)	10 (19,2%)
Posto avançado realizado com paciente	
sim	20 (38,5%)
não	32 (61,5%)
Diagnóstico	
Câncer de mama	12 (23,0%)
Câncer gastrointestinal	13 (25,0%)
Câncer ginecológico	13 (25,0%)
Câncer de próstata	4 (7,7%)
Melanomas	3 (5,8%)
Outros sítios tumorais (pulmão, tecido ósseo-conjuntivo, cabeça e pescoço, neurológico)	7 (13,5%)
Presença de Metástase peritoneal ou GI	
sim	26 (50,0%)
não	26 (50,0%)
Karnofsky performance status (KPS)	
30%	20 (38,4%)
40%	22 (42,3%)
50%	10 (19,3%)
Número de sintomas gastrointestinais	
Nenhum sintoma	2 (3,8%)
1 a 2 sintomas	23 (44,2%)
3 a 4 sintomas	25 (48,2%)
5 ou mais sintomas	2 (3,8%)
Consistência da dieta oral	
Dieta de conforto	7 (13,5%)
Líquida completa	18 (34,6%)
Semilíquida	3 (5,8%)
Pastosa	8 (15,4%)
Branda ou Normal	16 (30,9%)

*HCI: demais sítios; HC II: ginecológico e tecidos ósseo-conjuntivos; HC III: mama.

Sobre a caracterização da amostra, 59,6% tinham idade entre 20 e 59 anos e 67,3% eram do sexo feminino. Na consulta do respectivo posto avançado, 61,5% dos pacientes não estavam presentes. Em relação ao diagnóstico, os sítios tumorais ginecológicos (25%) e gastrointestinais (25%) foram predominantes. Cerca de 50% tiveram metástase peritoneal ou gastrointestinal. Conforme a escala de funcionalidade (KPS), 42,3% com KPS 40% e 38,4% apresentaram KPS 30%, este trata-se de uma escala percentual que classifica o indivíduo diante da capacidade de realizar trabalho ativo e auto cuidado e necessidade de cuidados regulares devido a maior evidência de doença, sendo assim o KPS possui 11 categorias e cada uma é pontuada em 10%, uma pontuação mais baixa indica pior função (100% função completa e 0% morte). Dentre os pacientes entrevistados, 48,2% apresentaram de três a quatro sintomas gastrointestinais e 34,6% estavam recebendo dieta via oral líquida completa (tabela 1).

Foi possível constatar pela análise do *corpus* textual formado pelas evocações em resposta ao termo indutor “cuidados paliativos” (N=52) que foram evocadas 127 palavras, destas contendo 43 palavras diferentes. Para o corte de frequência mínima foi utilizada a média acumulada (a média de frequência das palavras que compuseram 50% do total das palavras mais evocadas). Este cálculo gerou o corte de frequência mínima igual a 5. Foi utilizada a média das frequências das palavras incluídas no quadro (nove palavras) para satisfazer o critério que separa os quadrantes, que destaca os termos que foram evocados em maior frequência, maior ou igual a oito (frequência ≥ 8). A Ordem média de evocação (OME) foi calculada pela média das médias de evocação de cada palavra evocada. Essa análise de dispersão distribuiu as palavras pela ordem em que foram elencadas pelos participantes considerando maior relevância frente ao estímulo “cuidados paliativos”.

A análise desse termo indutor gerou o quadro de quatro casas, no qual podem ser observadas a sua construção e a organização a partir das frequências e ordem média de evocação – OME (Figura 1).

A caracterização das evocações livres, segundo a proposta de Vergès (figura 1) para o termo indutor “cuidados paliativos”, ressalta no quadrante superior esquerdo o termo “controle de sintomas” como evocação central, sendo entendido como elemento relacionado a significação básica dos cuidados paliativos para os sujeitos entrevistados.

Figura 1. Quadrante de Vergès do termo indutor cuidados paliativos para pacientes com câncer avançado.

	RANG < 1,90			RANG ≥ 1,90		
	Centralidade	Freq	OME	1ª Periferia	Freq	OME
Freq ≥ 8	controle-de-sintomas	10	1,70	cuidado	19	2,21
				tratamento	11	2,00
	RANG < 1,90			RANG ≥ 1,90		
Freq ≥ 5 e < 8	Zona de Contraste	Freq	OME	2ª Periferia	Freq	OME
	qualidade-vida	7	1,71	sem-cura	5	3,00
	saúde	6	1,50			
	conforto	5	1,60			
	atenção	5	1,80			
	superficial	5	1,60			

RANG: valor hierárquico; OME: ordem média de evocação.

No quadrante superior direito (primeira periferia) localizam-se as evocações mais frequentes e com uma ordem de evocação maior também, sendo os termos “cuidado” citado 19 vezes (rang 2,21) e “tratamento” 11 vezes (rang 2,00), remetendo a ideia dos cuidados paliativos como uma nova forma de cuidado e tratamento possível na doença avançada. Estes foram caracterizados como elementos periféricos mais pertinentes à representação.

No terceiro quadrante (inferior esquerdo) estão localizadas as evocações menos frequentes e com menor ordem de evocação, sendo termos considerados relevantes para um menor grupo de participantes. Neste estudo, foram observados os termos “qualidade de vida”, “saúde”, “conforto”, “atenção” e “superficial” na zona de contraste. Dentre esses termos, a “qualidade de vida” apresentou maior frequência.

Por fim, no quarto quadrante (inferior direito) localizam-se as evocações de menor frequência, porém considerados relevantes pelos participantes do estudo, uma vez que são evocados sem hesitação, com maior ordem de evocação. O termo em destaque foi “sem cura”, sendo este contrastante com a primeira periferia.

Ao explorar as periferias e a zona de contraste em função das características dos cuidados paliativos, “superficial” e “sem cura” foram termos com evocações conflitantes que caracterizam um subgrupo específico de pacientes que divergiram de um discurso bastante reificado pela maioria dos entrevistados.

No processo de classificação são escolhidos alguns paradigmas como ponto de partida para a categorização, o que pode construir uma relação positiva ou negativa com o objeto em questão. Os termos “controle de sintomas”, “tratamento”, “qualidade de vida” e “saúde” compartilham semelhança semântica (destacados em azul). Da mesma forma, os termos “cuidado”, “conforto” e “atenção” foram enfatizados como expressões similares (destacadas em vermelho). Por último, os termos “sem cura” e “superficial” foram ressaltados como sendo de igual importância (destacadas em verde). Assim, todas essas palavras buscam caracterizar o conceito indutor de cuidados paliativos para pacientes com câncer avançado.

Quanto ao termo indutor “alimentação”, a análise do *corpus* textual das evocações dos 52 sujeitos pesquisados (N=52) resultou em 152 palavras evocadas, destas contendo 51 palavras diferentes. Para o corte de frequência mínima foi utilizada a média acumulada (a média de frequência das palavras que compuseram 50% do total das palavras mais evocadas). Este cálculo gerou o corte de frequência mínima igual a 5. Foi utilizada a média das frequências das palavras incluídas no quadro (nove palavras) para satisfazer o critério que separa os quadrantes, que destaca os termos que foram evocados em maior frequência, maior ou igual a oito (frequência ≥ 8). A Ordem média de evocação (OME) foi calculada pela média das médias de evocação de cada palavra evocada. Essa análise de dispersão distribuiu as palavras pela ordem em que foram elencadas pelos participantes considerando maior relevância frente ao estímulo “alimentação”.

A análise da evocação do termo indutor “alimentação” gerou o quadro de quatro casas, em que podem ser observadas a sua construção e a organização. Os termos referentes a cada zona estão na figura 2.

Para a caracterização das evocações livres segundo a proposta de Vergès (figura 2) para o termo indutor “alimentação”, ressalta-se no primeiro quadrante (superior esquerdo) os termos “alimentação saudável” e “saúde”, na centralidade, como as palavras mais frequentemente evocadas pelos entrevistados.

Figura 2. Quadrante de Vergès do termo indutor alimentação para pacientes com câncer avançado.

	RANG < 1,90			RANG ≥ 1,90		
	Centralidade	Freq	OME	1ª Periferia	Freq	OME
Freq ≥ 8	alimentação-saudável	16	1,87	prazer	9	2,22
	saúde	11	1,45	boa	8	2,25
	RANG < 1,90			RANG ≥ 1,90		
	Zona de Contraste	Freq	OME	2ª Periferia	Freq	OME
Freq ≥ 5 e < 8	cuidado	7	1,42	dificuldade	7	2,29
	força	7	1,43	sem-apetite	6	2,17
	qualidade-de-vida	5	1,60	ótima	5	2,20
	sobrevivência	5	1,60	importante	5	2,00

RANG: valor hierárquico; OME: ordem média de evocação

No segundo quadrante (superior direito), localizam-se as evocações da primeira periferia, com uma ordem de evocação maior, sendo os termos de maior frequência “prazer” e “boa”, respectivamente, que remetem a alimentação com posicionamento positivo, com objetivo de fornecer conforto emocional nesse momento da vida, sendo caracterizados como os elementos periféricos mais pertinentes à representação.

Para o terceiro quadrante (inferior esquerdo) situam-se as evocações menos frequentes e com menor ordem de evocação, colocando em evidência os termos “cuidado”, “força”, “qualidade de vida” e “sobrevivência”, estes foram considerados importantes por pequeno número de indivíduos, sendo o “cuidado” de maior frequência na zona de contraste.

Portanto, no quarto quadrante (inferior direito) estão as evocações de menor frequência, porém consideradas relevantes pelos participantes do estudo e com maior ordem de evocação em que o termo em destaque foi “dificuldade”, seguido de “sem apetite”, sendo contrastante com a centralidade, a primeira periferia e a zona de contraste. Além desses, configuraram os termos “ótima” e “importante”.

Os termos compartilham semelhança em seu universo semântico através da saliência de universos comuns entre as palavras, como “alimentação saudável”,

“saúde”, “importante”, “força”, “qualidade de vida” e “sobrevivência” (destacados em azul). Da mesma forma, as expressões “prazer” e “ótima” foram enfatizadas como termos similares (destaque em verde). Além disso, foram identificados termos semelhantes, como “boa” e “cuidado” (destaque em rosa). Por último, os termos “dificuldade” e “sem apetite” (destaque em vermelho) foram ressaltados como sendo igualmente relevantes. Dessa maneira, todas essas palavras buscam caracterizar o conceito indutor de alimentação para pacientes com câncer avançado.

6. DISCUSSÃO

No presente estudo, abordamos as representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação para pacientes com câncer avançado por meio da evocação de palavras. Vale destacar que as palavras são indicadores de elementos de significação e sua frequência e ordens médias indicam o grau de compartilhamento e de importância destes elementos referente aos termos indutores utilizados (BRITO; CAMARGO, 2011). Dessa forma, a representação social dos cuidados paliativos e alimentação se organizou a partir das palavras “controle de sintomas” e “alimentação saudável”, respectivamente. Estas foram apresentadas como evocações centrais onde se estabelece uma relação positiva tanto dos cuidados paliativos à concepção de tratamento que controla os sintomas relativos à doença, quanto da alimentação como recurso importante para a saúde, mesmo diante da impossibilidade de “cura” do câncer. No entanto, cabe salientar a dificuldade encontrada na compreensão do termo indutor adotado “cuidados paliativos” por parte dos entrevistados

Os cuidados paliativos objetivam a prevenção e o alívio do sofrimento durante todas as fases da doença oncológica, no entanto, a falta de integração entre tratamento “curativo” e “cuidado paliativo” ainda é um obstáculo presente em nosso meio, o que pode tornar essa transição uma tarefa complexa que envolve estigmas culturais e sofrimento, ao mesmo tempo que torna a percepção da necessidade desses cuidados mais tardia (WHO; VINANT et al., 2017). A notícia de um prognóstico reservado torna esse momento singular para os participantes desse estudo, pois a transição para os cuidados paliativos parece muito mais do que um processo físico de mudança assistencial, mas também a passagem do indivíduo para um novo cenário de expectativas, no qual a esperança de cura dá lugar ao conforto, efetivo manejo de sintomas e qualidade de vida (RONALDSON e DEVERY, 2001).

Nesse sentido, a revisão realizada por Marsella (2009) examinou 28 estudos focados na transição para os cuidados paliativos e identificou os principais conflitos implicados nessa transição, dentre os quais destacam-se: a natureza intrínseca da transição; o momento da transição; e a falta de informação em torno da transição.

Ressalta-se, ainda, que um componente essencial nos cuidados paliativos é a comunicação. As estratégias de comunicação realizadas tanto para a equipe quanto para os pacientes e cuidadores devem ser bem delimitadas. Se esta comunicação não for adequada, acaba gerando dificuldade no entendimento sobre os cuidados que

estão sendo prestados, além de gerar maior resistência à aceitação da transição para os cuidados paliativos. Dessa forma, é de suma importância oferecer abertura para escuta e acolhimento sobre os questionamentos colocados, de modo que a tomada de decisão seja efetivamente compartilhada.

Em um estudo qualitativo que teve por objetivo analisar os fatores que influenciaram a forma como os pacientes e cuidadores familiares vivenciaram a transição para uma Unidade de Cuidados Paliativos, os autores observaram que os participantes entrevistados se sentiram melhor preparados para a transição quando a informação foi realizada por diferentes fontes, incluindo as equipes de saúde. Dentre os fatores associados a uma experiência de transição positiva incluíram uma comunicação clara e repetida entre o paciente, a equipe de saúde e a família. No entanto, alguns pacientes relataram uma experiência de transição menos positiva, pois disseram se sentir sobrecarregados pela quantidade de informação que lhes foi apresentada (WHITEHEAD et al., 2022).

No estudo francês sobre as barreiras apontadas para o encaminhamento precoce aos cuidados paliativos, os oncologistas e médicos paliativistas afirmaram que os cuidados paliativos são considerados pelos pacientes e por suas famílias como sinônimo de morte iminente e cuidados de fim de vida. Esses resultados mostram como a percepção dos médicos acerca da compreensão dos pacientes sobre cuidados paliativos impacta também no processo de comunicação e encaminhamento dos pacientes para serviços de cuidados paliativos. Esses profissionais atribuem que a palavra “paliativo” teria conotações negativas para os pacientes, o que torna difícil para os oncologistas usarem-na ao conversar com eles. A maioria dos oncologistas entrevistados mencionou que esta palavra seria “inadequada”, que “assustaria as pessoas” e até “prejudicaria”. Ao mesmo tempo, eles afirmam que essa falta de compreensão do que envolve os cuidados paliativos seria um obstáculo à sua aceitação pelos pacientes e familiares. Em virtude disso, os oncologistas e alguns dos paliativistas entrevistados afirmaram que usar a palavra “paliativo” com pacientes que não estão na fase terminal da doença constituiria uma forma de “violência” e que para superar este problema, adotavam diversas estratégias semânticas baseadas no uso de eufemismos como “cuidados de conforto”, “cuidados de suporte”, “alívio da dor”, “uma abordagem completa”, a fim de introduzir os cuidados paliativos de forma mais “suave” (SARRADON-ECK et al., 2019).

Esse desconforto apontado na abordagem para os cuidados paliativos, pode explicar, em parte, a falta de compreensão do termo “cuidados paliativos” por alguns dos pacientes entrevistados em nosso estudo também, pois observamos que a transição para os cuidados paliativos está mais atrelada à percepção de mudança de espaço físico, uma vez que a unidade hospitalar de cuidados paliativos exclusivos está situada em outro bairro da cidade, além da conseqüente quebra de vínculo com a equipe de saúde das clínicas de origem que eram referência no tratamento curativo, do que propriamente à modalidade de tratamento e à filosofia dos cuidados paliativos.

Isso retoma a discussão de como as informações sobre cuidados paliativos são comunicadas aos pacientes e familiares, as quais deveriam ser introduzidas precocemente e gradativamente pela equipe assistente, com apoio de paliativistas, ainda no curso do tratamento modificador da doença, conforme a realização de ajustes necessários nos planos de cuidados. Além disso, os esforços recentes para criação de políticas públicas que integrem os cuidados paliativos em todos os níveis de assistência e o treinamento continuado das equipes de saúde com conteúdo sobre essa temática, incluindo a abordagem de notícias difíceis (BRASIL, 2018; BRASIL, 2023) são medidas que poderiam tornar possível uma comunicação mais efetiva entre equipe de saúde, paciente, família e sociedade.

Ao retornar ao objetivo principal da pesquisa em tela, após o processo de classificação dos termos em categorias de acordo com a sua semelhança semântica, discutiremos as representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação entre pacientes com câncer avançado.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Controle de sintomas, Tratamento, Qualidade de Vida e Saúde

Em nosso estudo, a categoria “controle de sintomas” encontra-se numa posição de destaque, englobando as evocações que se aproximam como “qualidade de vida”, “saúde” e “tratamento”, as quais correspondem aos princípios e objetivos dos cuidados paliativos relacionados à promoção de qualidade de vida do paciente e dos seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2017).

O estudo de Silva e colaboradores (2018) ressalta a importância de proporcionar qualidade de vida aos indivíduos por meio do conforto físico, psicológico e espiritual, ao mesmo tempo que entende que a qualidade de vida depende da satisfação do indivíduo com a preservação de sua autonomia, manutenção do autocuidado e independência para desempenhar suas atividades cotidianas (PATRÃO, LEAL 2014; SILVA et al., 2018).

Cuidado, Conforto e Atenção

A evocação “cuidado” na primeira periferia foi a palavra mais frequente e com a maior OME associada ao termo indutor cuidados paliativos. Segundo Silveira et al (2016), o conceito de "cuidado" abrange dois aspectos distintos, uma vez que o cuidado ideal para o paciente envolve seu bem-estar, conforto e alívio da dor e, por outro lado, expressa o sentimento de frustração associado ao cuidado de pacientes em fase paliativa. O trabalho de Rego (2018) aborda que todos os cuidados prestados aos indivíduos têm o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida e não prolongar o sofrimento. O cuidado prestado pelos profissionais da equipe de cuidados paliativos merece destaque, sendo o vínculo criado entre os pacientes e profissionais através do acolhimento, comunicação e atenção, elementos geradores de uma relação de confiança e melhor cuidado (REGO, 2018; SILVEIRA et al., 2016).

No estudo de Rothe (2020), a evocação “tratamento” apareceu na primeira periferia, o que corrobora com o resultado deste trabalho. Em seu achado, observou que foi raro ouvir dos indivíduos a possibilidade de associar tratamentos curativos com paliativos, ou seja, na maior parte das vezes, o pensamento visto foi de uma divisão severa, em que somente quando não se tem previsão de cura, encaminha-se para os cuidados paliativos. No entanto, Sarradon-Eck et al (2019) descreveram as representações sociais de oncologistas sobre os cuidados paliativos, sendo esta abordagem associada ao “tratamento integral”, um tratamento voltado para o conforto do paciente, em ouvir o que ele tem a dizer (ROTHER, 2020; SARRADON-ECK et al., 2019).

A “saúde” foi uma representação social importante, pois aparece tanto no termo indutor cuidados paliativos como evocação contrastante, quanto para o termo alimentação como evocação central. Nesse sentido, a assistência integral à saúde

em cuidados paliativos deve focar nos pacientes, assim como no envolvimento da família para o bem-estar geral (SILVA SOARES et al, 2021).

Sem cura e Superficial

Por outro lado, os termos “sem cura” e “superficial” representam evocações conflitantes características de um subgrupo específico de pacientes, indicando posicionamento negativo ao termo indutor de cuidados paliativos. Corroborando com esses achados, alguns estudos reforçam essa perspectiva, como no trabalho de Coelho de Britto et al (2015), quando as palavras “dor”, “morte” e “sofrimento” foram os elementos centrais da representação que indicam um posicionamento negativo também. Enquanto para Sarradon-Eck et al (2019), a palavra “paliativo” apresentou conotações negativas para os pacientes, sugerindo que estes deixarão de ser tratados ou serão abandonados. No estudo de Lefaucheur et al (2019) foram associadas algumas emoções com visão negativa ao termo cuidados paliativos como “sombria”, “triste”, “medo”, “ansiedade”, e “perda de esperança” (COELHO DE BRITTO et al., 2015; LEFAUCHEUR et al., 2019; SARRADON-ECK et al., 2019)

No estudo de Fitaroni e colaboradores (2021), os significados atribuídos à morte nos cuidados paliativos foram associados às temáticas “incógnita”, “medo” e “negação”, como observado na fala do participante: “Eu acho que a morte ainda continua sendo um mistério para todo mundo, porque quando [se] fala em morte todo mundo já fica abalado. Então, a morte é uma incógnita. É uma incógnita ... imagina para os pacientes, então é complicado” (FITARONI; BOUSFIELD; SILVA, 2021).

Segundo Reale (2017), os resultados encontrados para representação dos cuidados paliativos revelaram um posicionamento negativo para os pacientes, expresso pelas ideias de “morte”, “terminalidade”, “dor” e “sofrimento”. Para Matos e colaboradores (2017) foram também associadas representações negativas como “sofrimento”, “doença incapacitante”, “pavor” e “medo”. Estas palavras corroboram com o sentido semântico dos termos “sem cura” e “superficial” presentes neste trabalho.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ALIMENTAÇÃO

Alimentação Saudável, Saúde, Importante, Força, Qualidade de Vida e Sobrevivência

Se os alimentos adquirem significados, o ato de se alimentar assume conotações relacionadas à interpretação em um cenário imaginário e simbólico, desvinculado necessariamente da racionalidade, mas apto a gerar identidades individuais e coletivas, conexões sociais e laços que transcendem a lógica consciente da comunicação (CARVALHO; LUZ; PRADO, 2011).

Sobre o quadrante para o termo indutor da alimentação, a palavra central em destaque foi “alimentação saudável”. De acordo com Costa e Soares (2021), após o diagnóstico do câncer, os pacientes costumam prezar por uma alimentação mais equilibrada, natural e regrada, de modo a evitar alimentos prejudiciais ou também chamadas “comidas malucas”, optando por alimentos considerados mais “saudáveis”, mesmo na fase de cuidados paliativos exclusivos, como também observado no discurso de pacientes no estudo de Daumas (2021): “Eu procurei me resguardar e comer coisas melhores e mais saudáveis, diminuir um pouco o lixo que eu comia, mas, por conta própria (...) Pelo saudável. Assim, comer mais verde, mais brócolis, entendeu? Mais coisas que a gente não liga muito. Por conta própria, por iniciativa, comecei a pesquisar e comer coisas mais saudáveis.” A “qualidade de vida” encontra-se na zona de contraste do nosso estudo, corroborando com o trabalho de Daumas (2021) que evidenciou a relação direta da alimentação com “qualidade de vida”, “sintomatologia”, “força vital” e “autonomia”, como quando o paciente relata que conseguiu ingerir um alimento que antes não conseguia conferindo-lhe um sentimento de ânimo e força. Dessa forma, a alimentação nos cuidados paliativos oncológicos possui influência de diversas variáveis, estando associada à saúde e à qualidade de vida (COSTA; SOARES, 2016).

O termo “força” também foi um termo encontrado na zona de contraste. Costa e Soares (2021) destacam que um aspecto importante da alimentação para pacientes em cuidados paliativos oncológicos é preservar a capacidade de desenvolver atividades básicas de rotina como ir ao banheiro e tomar um banho, sem precisar de auxílio de outra pessoa, até atividades mais complexas como conseguir trabalhar. Deste modo, os autores identificaram como um dos sentidos nessa fase que a

“alimentação faz bem, dá força e preserva a autonomia”, demonstrando sua importância no enfrentamento dos desafios e das perdas diante do processo de avanço da doença. Segundo Daumas (2021), por mais que seja crítica a situação em vários aspectos, os pacientes conseguem associar o sentir prazer à alimentação com sentir forças para viver.

Sobre o termo “sobrevivência”, presente na zona de contraste, o trabalho de Caldeira e Fava (2016) considera que as comidas e bebidas são vistas como necessárias para sustentar o corpo, sendo confirmado pela fala “comida é algo que comemos para nos sustentar, sem o alimento não conseguimos sobreviver, sendo assim, tais elementos são vistos como combustível do corpo humano. Neste estudo, o termo “importante” está presente na segunda periferia e, de acordo com Silva e colaboradores (2010), a importância e o valor da alimentação são alterados com o surgimento de uma doença como, por exemplo, em situação de impossibilidade, quando o alimento torna-se essencial pela sua ausência ou dificuldade de ingestão (CALDEIRA; FAVA, 2016; SILVA et al., 2010).

Prazer e Ótima

É reconhecido que a alimentação desempenha um papel significativo nos cuidados paliativos. Nesse contexto, a categoria "prazer" é situada na primeira periferia, compartilhando seu campo semântico com o termo "ótima", que se encontra na segunda periferia. De acordo com o estudo de Costa e Soares (2021), pacientes em cuidados paliativos oncológicos afirmam que gostam de comer, dizem ter fome de comida e para alguns a alimentação pode substituir o prazer de fumar e beber. A busca de prazer na comida é uma maneira de sentir-se bem por poder e conseguir comer, enquanto a percepção de piora na capacidade de comer é entendida como um marcador de avanço da doença. Segundo Daumas (2021), a representação do comer em cuidados paliativos foi identificada como: “Comer é quando você come pelo desejo, pelo prazer, às vezes não leva em conta a questão nutritiva né, a maioria não leva em conta. Eu antes de descobrir o câncer, eu não levava em conta isso, hoje eu já levo em conta, isso aqui não me traz mais benefícios embora muitas vezes eu coma assim mesmo.” Portanto, a alimentação para o paciente em cuidados paliativos deve proporcionar prazer e conforto de cunho emocional, além de permitir maior união com seus familiares e cuidadores (COSTA, SOARES, 2016).

No estudo de Matos (2015) foi observado que a alimentação além de ser um meio de subsistência, é caracterizada como uma experiência prazerosa que ajuda a promover conforto, comunicação, interação social e auxilia a manter sua autonomia. Segundo a American Dietetic Association, a alimentação em pacientes sob cuidados paliativos deve proporcionar prazer, conforto emocional, diminuição da ansiedade, além de aumentar a autoestima (MATOS, 2015; MEDICI et al., 2022; Position of the American Dietetic Association: issues in feeding the terminally ill adult, 1987).

Cuidado e Boa

Em relação à categoria “cuidado”, termo mais frequente situado na zona de contraste, compartilha seu campo semântico com o termo “boa”, situado na primeira periferia. Segundo Costa e Soares (2016), ofertar comida e bebida é uma ação humana significativa de respeito à vida e de cuidado aos semelhantes. Em outra pesquisa, foi constatado que, para a população em geral, a alimentação é interpretada como o ato de “nutrir o indivíduo para o crescimento, desenvolvimento e manutenção”, desempenhando uma função essencial em suas vidas, transmitindo vida, cuidado e afeto. A alimentação foi representada como “Alimentação boa! Alimentação... tem coisa melhor no mundo que alimentação boa? Para você ficar de pé!” (CARVALHO, 2023)

Segundo Camargo, Santos e Costa (2023), a dieta pode proporcionar conforto psicológico, pois determinados alimentos têm a capacidade de evocar memórias afetivas positivas ou servir como estímulo motivacional na batalha contra a doença, ao possibilitar um senso de controle ao conseguir ainda se alimentar, mesmo que em quantidades reduzidas.

Para Leonardo Boff (2017), o cuidado existe antes do agir humano, estando presente em todas as coisas e situações dos seres humanos. O cuidado é uma atitude que gera múltiplos atos e expressam a essência do cuidado em si. O cuidado entre os seres humanos que dá sentido à sua existência. Dessa forma, a relação do cuidado não é de domínio sobre, mas de convivência, logo não é pura intervenção, e sim interação. Sendo assim, a alimentação é percebida como uma forma de cuidado, dando significado à existência humana.

Dificuldade e Sem Apetite

Sobre os aspectos negativos ao ato de se alimentar, no quarto quadrante foram destacados os termos “dificuldade” e “sem apetite”. Frente ao desafio de lidar com uma doença incurável, como o câncer em estágio avançado, o indivíduo experimenta um conjunto de perdas ao longo da evolução natural da doença, englobando desconfortos e dores que permeiam diferentes esferas, desde os aspectos físicos até os componentes emocionais e espirituais. Essas mudanças, aliadas à incertezas do que está por vir, instigam no paciente sentimentos de apreensão e desesperança, potencialmente influenciando de forma negativa sua saúde psicossocial (SANTOS, 2022).

No estudo de Santos (2022), a categoria “perda” apareceu como atributo alimentar mais significativo no grupo de pacientes, colaborando com diferentes estudos que abordam sobre as perdas enfrentadas por indivíduos em cuidados paliativos. Este tem relação direta com a presença de disfagia e a necessidade de alterações na alimentação oral ao longo da progressão do câncer, sendo assim, o paciente se vê obrigado a realizar escolhas e ajustes relacionados à dieta. Em relação aos familiares, confrontam-se com a angústia de testemunhar a dificuldade de seu ente querido em se alimentar, enquanto os profissionais de saúde enfrentam o desafio de redefinir essa perda, concentrando-se na promoção de prazer e conforto ao indivíduo. Dessa forma, as modificações na alimentação podem provocar diversas repercussões, caracterizado pela diminuição da autonomia e, em alguns casos, a iminência da morte. Sendo assim, conforme a doença vai progredindo e a saúde se deteriorando, surge o aumento na incidência de complicações relacionadas à deglutição. E nestas circunstâncias, a alimentação pode tornar-se insegura, contribuindo para complicações e riscos à saúde.

Em virtude disso, González e Gusenko (2019) argumentam que a intervenção nutricional nos cuidados paliativos deve focar principalmente no controle de sintomas como náusea, vômito, saciedade precoce, constipação, diarreia, disfagia e xerostomia. De acordo com Pinho-Reis (2012), o controle efetivo de sintomas é crucial, uma vez que esses sintomas não apenas impactam o apetite e a absorção de nutrientes, mas também influenciam a experiência prazerosa associada ao ato de se alimentar. É comum os pacientes manifestarem sintomas como falta de apetite, dificuldade para engolir e necessidade de auxílio para alimenta-se, sendo crucial

oferecer uma dieta de conforto, implementando ajustes na textura, temperatura, volume e densidade dos alimentos, além de considerar as preferências alimentares (CAMARGO; SANTOS e COSTA, 2023).

Vale ressaltar que este estudo apresentou como limitações a realização de entrevistas em uma única unidade hospitalar, com número de participantes reduzido. Em virtude da dificuldade dos participantes encontrarem termos ou expressões que transmitissem seus pensamentos e opiniões devido ao estado clínico, emocional e cognitivo apresentado, optou-se por um número menor de evocações. Não foi levado em consideração o relato do cuidador/familiar, pois o foco foi o paciente. Soma-se a isso a restrição do tempo que se dispõe para a pesquisa, considerando que é um Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA.

No entanto, como pontos fortes do estudo vale destacar o fato de se considerar os termos exatamente como foram ditos pelos pacientes durante a entrevista. Além disso, forneceu uma análise abrangente das representações sociais sobre cuidados paliativos e alimentação em pacientes com câncer avançado, explorando as associações semânticas e a importância atribuída aos diferentes termos.

7. CONCLUSÃO

O estudo abordou as representações compartilhadas pelos pacientes com câncer avançado sobre cuidados paliativos e alimentação, destacando a centralidade na evocação dos termos "controle de sintomas" e "alimentação saudável", respectivamente, o que revela a ênfase da abordagem no alívio de sintomas e o foco na qualidade de vida do sujeito e de sua família.

A compreensão limitada do termo "cuidados paliativos" pelos participantes do estudo indicou desafios na comunicação. A transição para os cuidados paliativos é percebida como uma fase singular, marcada pela mudança de foco da cura para o manejo de sintomas, o conforto e a qualidade de vida. Dessa forma, sugere-se que a falta de integração entre tratamento curativo e cuidados paliativos se torna um obstáculo, evidenciando estigmas, quando retratado como um cuidado "superficial" remetendo a ideia de "sem cura".

Portanto, é fundamental a realização de ajustes nas expectativas dos pacientes e cuidadores para a resignificação do cuidado no adoecimento, a partir de uma comunicação efetiva, de modo que os cuidados paliativos sejam abordados mais precocemente como parte do tratamento, visando uma transição mais humanizada a partir da compreensão mais ampla desse cuidado.

A segmentação das representações sociais sobre alimentação evidenciadas no estudo oferece uma visão das complexas associações entre alimentação e os aspectos emocionais, físicos e sociais, que impactam diretamente na saúde, na qualidade de vida e na experiência do paciente diante do adoecimento. Por outro lado, a "dificuldade" e a "falta de apetite" surgem como desafios, refletindo as perdas e complicações enfrentadas pelos pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos.

Diante da complexidade dos aspectos que envolvem a alimentação, torna-se essencial compreender o significado atribuído pelo indivíduo ao ato de alimentar-se, de modo que a realização de adaptações na dieta, necessárias pelas complicações inerentes ao avanço da doença, sejam decisões compartilhadas entre profissionais de saúde, paciente e cuidador. Deste modo, deve-se oferecer um cuidado alimentar individualizado, a fim de minimizar as rupturas biográficas que ocorrem ao longo do adoecimento, considerando que as escolhas e preferências alimentares são marcadores de identidade sociocultural, e dão sentido à existência humana.

8. REFERÊNCIAS

AMEZCUA, M.; GÁLVEZ TORO, A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. **Revista Española de Salud Pública**, v. 76, n. 5, p. 423–436, 2002.

BENARROZ, M. DE O.; FAILLACE, G. B. D.; BARBOSA, L. A. Bioética e nutrição em cuidados paliativos oncológicos em adultos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1875–1882, set. 2009.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis:Vozes, 2017. 248 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 729, de 7 de dezembro de 2023, Aprovando a Política Nacional de Cuidados Paliativos, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 de dezembro de 2023, Seção 1.p. 46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018, Dispondo sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [Da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de outubro de 2018.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 283–303, 1 jun. 2011.

BÚ, Maria; EMERSON DO. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma do software TRI-DEUX-MOTS (version 5.2). *Revista Campo do Saber*, v. 3, n. 1, 2017.

CALDEIRA, R.; FAVA, B. M. **Comida: uma contadora de histórias**. Anais do Seminário Nacional do Centro de Memória-UNICAMP, 2016.

CAMARGO, N. R. P. DE; SANTOS, R. DE S.; COSTA, M. F. Dieta de Conforto em Cuidados Paliativos Oncológicos: Reflexões sobre os Sentidos de Conforto da Comida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 2, 28 abr. 2023.

CAMINO, L; TORRES, A. R. R. Origens e desenvolvimento da Psicologia Social. In: CAMINO, L; TORRES, A. R. R; LIMA, M. E. O; PEREIRA, M. E; **Psicologia Social: Temas e teorias**. Brasília, DF: Ed. Technopolitik, 2013. p. 31-107.

CARMO, H.; FERREIRA, M.M. **Metodologia da investigação – Guia para autoaprendizagem**, Lisboa, Universidade Aberta. 1998.

CARVALHO, M. C. DA V. S.; LUZ, M. T.; PRADO, S. D. **Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 155–163, 1 jan. 2011.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012

CHAVES, A. M.; SILVA, P. L. Representações Sociais. In: CAMINO, L.; TORRES, A. R. R.; LIMA, M. E. O.; & PEREIRA, M. E. (Orgs): **Psicologia Social: Temas e Teorias**. 2. ed. Brasília: Technopolitik, 2013.

COELHO DE BRITTO, S. M. et al. Representação social dos enfermeiros sobre cuidados paliativos. **Revista CUIDARTE**, v. 6, n. 2, p. 1062, 17 jul. 2015.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão Infantil e Representação Social**. 2. ed. João Pessoa, PB: Ed. Universitária UFPB, 2005.

COSTA, M. F.; SOARES, J. C. **Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 62, n. 3, p. 215–224, 30 jan. 2019.

COSTA, M. F.; SOARES, J. C. **Alimentar e Nutrir: Sentidos e Significados em Cuidados Paliativos Oncológicos**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 62, n. 3, p. 215-224, 30 set. 2016.

COSTA, M. F.; SOARES, J.C.. Cuidados paliativos: Sentidos e significados da alimentação para pacientes com câncer avançado. In: REZENDE, Fabiane; PENAFORTE, Fernanda; MARTINS, Poliana. **Obesidade, doenças crônicas e comportamento alimentar**. São Paulo: IACI, 2021.p. 255-272.

DAUMAS, Carolina Barbosa. Percepção dos sentidos e significados da alimentação para pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Macaé, 2021. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/17080/1/CBDAUMAS.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2024.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (Eds.). **Handbook of Qualitative Research**. London: Sage Publication Inc. 2000.

DE, L.; CARVALHO, S. Significados da alimentação em fim de vida: diferença para o paciente e o cuidador. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 3, p. 11142–11169, 17 mar. 2023.

FITARONI, J. B.; BOUSFIELD, A. B. DA S.; SILVA, J. P. DA. Morte nos Cuidados Paliativos: Representações Sociais de uma Equipe Multidisciplinar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, 2021.

GONZÁLEZ, F.; GUSENKO, T. L. Características de la alimentación del paciente oncológico en cuidados paliativos. **Diaeta**, v. 37, n. 166, p. 32–40, 1 mar. 2019.

INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025>>.

JOURNAL OF THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: issues in feeding the terminally ill adult. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 87, n. 1, p. 78–85, 1 jan. 1987.

LIMA, S. F. et al. SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT CANCER AMONG RELATIVES OF PATIENT UNDERGOING ONCOLOGICAL TREATMENT. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. In: _____. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Cremesp, 2008. p.18-21.

MARSELLA, A. Exploring the literature surrounding the transition into palliative care: a scoping review. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 15, n. 4, p. 186–189, abr. 2009.

MATOS, M. **UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS Faculdade de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Dissertação Pacientes em cuidados paliativos: representações sociais do processo de adoecimento**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2016/02/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Michele-Rodrigues-Matos.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

MEDICI, A. R. M. et al. A nutrição como papel fundamental nos cuidados paliativos em pacientes portadores de câncer. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e319111537390–e319111537390, 18 nov. 2022.

MELO, A. G. C.; CAPONERO, R. O futuro em cuidados paliativos. In: SANTOS, F. S. (ed.). **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 107-111.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

Instituto Nacional de Câncer. **O que é câncer?** Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 27 dez. 2022.

PATRÃO, I.; LEAL, I. Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. V, n. 1, p. 53–73, 2004.

PALMONARI, A.; CERRATO, J. Representações sociais e psicologia social. 2a ed. **Teoria das representações sociais: 50 anos**, 2014. p 401-440. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Orgs.). Brasília: Technopolitik.

PEREIRA, C. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. **PSICOLOGIA**, v. 15, n. 1, p. 177-204. 2001.

PINHO-REIS, C. Suporte nutricional em cuidados paliativos. **Revista Nutricias**, Portugal, n. 15, p. 24-27, 2012.

PROTOSCOLOS ISGH CUIDADOS PALIATIVOS. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/131738203-Protocolos-isgh-cuidados-paliativos.html>>. Acesso em: 23 jan. 2024.

REALE, M. J. DE O. U. Representações sociais e práticas de profissionais de saúde acerca dos cuidados paliativos. **repositorio.ufba.br**, 21 set. 2017.

REGO, F. Hospice Movement. In **Enciclopedia Luso-Brasileira de Cuidados Paliativos**. Disponível em: <https://livrosmedicos.pt/produto/enciclopedia-luso-brasileira-de-cuidados-paliativos/>(pp. 343-350), 2018.

RONALDSON, S.; DEVERY, K. The experience of transition to palliative care services: perspectives of patients and nurses. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 7, n. 4, p. 171–177, abr. 2001.

ROTHER, C. C. **As Representações Sociais dos Cuidados Paliativos**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais e Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, Portugal, 2020.

SANTOS, C. G. **Modificações na alimentação em cuidados paliativos oncológicos: valores e crenças dos pacientes, de seus cuidadores e profissionais de saúde envolvidos**. 2022. 155 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

SARRADON-ECK, A. et al. Understanding the Barriers to Introducing Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Qualitative Study. **Journal of Palliative Medicine**, v. 22, n. 5, maio 2019.

SARUBBI JR., V. et al. REPRESENTAÇÕES DE PEDIATRAS ACERCA DAS ALTERNATIVAS DE ALIMENTOS LÁCTEOS DIANTE DO DESMAME INEVITÁVEL. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 1, p. 46–53, mar. 2017.

SILVA, P. B. et al. Controle dos sintomas e intervenção nutricional. fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Rev. dor**, 2010.

SILVA, S. É. D. DA et al. The consensual universe of family caregivers and their standing in the care services: a social representation study / O universo consensual do cuidador-familiar e sua ancoragem dentro do cuidado: um estudo de representações sociais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 4, p. 1057–1062, 4 out. 2018.

SILVEIRA, N. R. et al. Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 6, p. 1074–1081, dez. 2016.

WHITEHEAD, K. et al. Factors That Determine the Experience of Transition to an Inpatient Palliative Care Unit for Patients and Caregivers: A Qualitative Study. **Journal of Palliative Care**, v. 37, n. 4, p. 579–585, 15 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-the-response-to-humanitarian-emergencies-and-crises>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565486>>.

VINANT, P. et al. Integration and activity of hospital-based palliative care consultation teams: the INSIGHT multicentric cohort study. **BMC Palliative Care**, v. 16, n. 1, 30 maio 2017.

9. ANEXOS

ANEXO 1- QUESTIONÁRIO

Data da entrevista:

Unidade do Posto Avançado:

HCI HCIII

Iniciais do paciente:

Matrícula:

Idade: Sexo:

F

M KPS:

Diagnóstico:

Tratamentos anteriores:

Metástase:

Data do atendimento:

Motivo do atendimento:

Sintomas: náuseas êmese hiporexia

anorexia disfagia odinofagia trismo constipação intestinal diarreia

xerostomia sialorréia mucosite disgeusia outros:

Prescrição de dieta:

Perguntas INDUTORAS:

1- Diga 3 palavras ou expressões que lhe venham à mente ao escutar o Termo Cuidados Paliativos! Qual a ordem de importância dessas palavras para você? Enumere-as de 1 a 3.

2 - Diga 3 palavras ou expressões que lhe venham à mente ao escutar o Termo Alimentação neste momento da sua vida! Qual a ordem de importância dessas palavras para você? Enumere-as de 1 a 3.

ANEXO 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Representações sociais sobre cuidados paliativos e os sentidos da alimentação entre pacientes com câncer avançado

Nome do Voluntário: _____ Matrícula _____

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre as representações sociais dos cuidados paliativos e sentidos da alimentação nesse momento da vida. Essa pesquisa servirá para analisar a complexidade do termo cuidados paliativos e da alimentação no câncer avançado. Para que você possa decidir se quer participar ou não desta pesquisa, precisa conhecer seus benefícios, riscos e implicações.

OBJETIVO DO ESTUDO

Compreender as representações sociais sobre cuidados paliativos e os sentidos da alimentação entre pacientes com câncer avançado encaminhados para uma unidade de cuidados paliativos exclusivos.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Será estabelecida uma conversa inspirada no modelo de entrevista que se baseia no uso de perguntas utilizando a técnica de associação livre de palavras. O instrumento estrutura-se sobre a evocação das três primeiras respostas dadas a partir de estímulos indutores previamente definidos.

RISCOS

De acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, considera-se que toda pesquisa com seres humanos envolve risco (possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano). Nesta pesquisa, os riscos potencialmente previstos são mínimos, sendo considerados como possíveis danos a quebra de sigilo involuntária ou não-intencional. Ao surgimento de qualquer dúvida, o paciente terá, imediatamente, os devidos esclarecimentos durante o acompanhamento.

BENEFÍCIOS

Dentre os benefícios diretos e indiretos para o paciente e sociedade estão a melhoria da abordagem dos cuidados paliativos, a identificação dos processos que necessitam de apoio e ajustes no entendimento relacionado a alimentação associado aos cuidados paliativos, promover qualidade de vida, melhor aplicação dos recursos e o fortalecimento de ações de controle de câncer no país.

ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS

A entrevista será realizada pela Nutricionista Residente Gabriele Bentes de Aguiar com supervisão das pesquisadoras responsáveis, nutricionistas do Hospital do Câncer IV.

Rubrica do entrevistado

Rubrica do pesquisador

CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS

Além da equipe de saúde que cuidará de você, seus registros médicos poderão ser consultados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA) e equipe de pesquisadores envolvidos. Seu nome não será revelado ainda que informações de seu registro médico sejam utilizadas para propósitos educativos e/ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento deste projeto de pesquisa, e que necessite de atendimento médico, ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação nesta pesquisa.

CUSTOS

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento a você pela sua participação na pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

É importante que você saiba que a sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária e que você pode recusar-se ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Nós estimulamos a você ou seus familiares a fazerem perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso, por favor, ligue para a Nutricionista Mariana Fernandes Costa, pesquisadora responsável, no telefone 981819118. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante da pesquisa, também pode contar com um contato imparcial, o CEP-INCA, situado à Rua do Resende 128, sala 203, Centro, Rio de Janeiro, telefones (21) 3207-4556, (21) 3207-4550, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa. Entendo que serei submetido a uma entrevista e não receberei compensação monetária por minha participação. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ / ____ / ____
(Assinatura do Entrevistado) dia mês ano

(Nome do Entrevistado – letra de forma)

_____ / ____ / ____
(Assinatura de Testemunha, se necessário) dia mês ano

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo paciente.

_____ / ____ / ____
(Assinatura da pessoa que obteve o consentimento) dia mês ano

Rubrica do entrevistado

Rubrica do pesquisador