



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Gomes, Taís Falcão; Budó, Maria de Lourdes Denardin; Simon, Bruna Sodré; Schimith, Maria Denise; Garcia, Raquel Potter; Alberti, Gabriela Fávero. O câncer sob a perspectiva de pessoas que vivem no campo internadas em unidade hemato-oncológica. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(4). Disponível em <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0873.php>

O CÂNCER SOB A PERSPECTIVA DE PESSOAS QUE VIVEM NO CAMPO INTERNADAS EM UNIDADE HEMATO – ONCOLÓGICA¹

Taís Falcão Gomes
Maria De Lourdes Denardin Budó
Bruna Sodré Simon
Maria Denise Schimith
Raquel Pötter Garcia
Gabriela Fávero Alberti

Centro de Trabalho: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

Correspondência: Rua João Atílio Zampieri, 758, Apto 301, Camobi, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, CEP 97105-490. Email: taissfg@gmail.com

¹ Recorte do trabalho de conclusão de curso “EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS MORADORAS DA ZONA RURAL COM CÂNCER: entre saberes e práticas.” apresentada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

EL CÁNCER BAJO LA PERSPECTIVA DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL CAMPO INTERNADAS EN UNIDAD HEMATO – ONCOLÓGICA

CANCER FROM THE PERSPECTIVE OF PEOPLE WHO LIVE IN THE COUNTRYSIDE ADMITTED IN HEMATO-ONCOLOGICAL UNIT.

RESUMO

Objetivou-se conhecer os saberes de pessoas que vivem no campo internadas em uma unidade hemato-oncológica em relação ao adoecimento por câncer. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Internação Hemato-oncológica de um Hospital Universitário. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas que foram analisadas através da análise de conteúdo temática de Bardin. O câncer foi reconhecido através de simbologias, percepções e representações construídas pelas pessoas para significar o seu adoecimento. Os participantes atribuíram o aparecimento do câncer aos fatores da genética e da hereditariedade, o ritmo de vida acelerado, a utilização de agrotóxicos e a vontade de Deus. O conhecimento adquirido pela vivência dos entrevistados remeteu a uma experiência de sofrimento proveniente da condição de estar com câncer. Acredita-se que esta pesquisa contribui para a prática de enfermagem, na medida em que proporciona subsídios para o cuidado cultural. **Descritores:** Neoplasias, Saúde da População Rural, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem Oncológica.

RESUMEN

Se objetivó conocer los saberes de personas que viven en el campo internadas en una unidad hemato-oncológica en relación a la enfermedad por cáncer. Estudio descriptivo con abordaje cualitativa, realizado en una Unidad de Internación Hemato-oncológica de un Hospital Universitario. La recolección de datos ocurrió por medio de entrevistas semiestruturadas que fueron analizadas a través del análisis de contenido temático de Bardin. El cáncer fue reconocido a través de simbologías, percepciones y representaciones construidas por las personas para significar su enfermedad. Los participantes atribuyeron el aparecimiento del cáncer a los factores de la genética y de la herencia, al ritmo de vida acelerado, a la utilización de pesticidas y a la voluntad de Dios. El conocimiento adquirido por la vivencia de los entrevistados remitió a una experiencia de sufrimiento proveniente de la condición de estar con cáncer. Se cree que esta investigación contribuye para la práctica de enfermería, en la medida en que proporciona subsidios para el cuidado cultural. **Descriptor:** Neoplasias, Salud Rural, Atención de Enfermería, Enfermería Oncológica.

ABSTRACT

We aimed to understand the knowledge of people who live in the countryside in a hemato-oncological unit in relation to the becoming ill with cancer. Descriptive study with qualitative approach, performed in a Hemato-oncological Care Unit of a University Hospital. The data collection occurred by means of semi-structured interviews that were analyzed through thematic content analysis by Bardin. Cancer was recognized through symbologies, perceptions and representations built by the people to signify their illness. The participants attributed the onset of cancer to the genetic factors and heredity, the fast pace of life, the use of agrochemicals and the will of God. The knowledge acquired by the experience of the interviewees referred to an experience of suffering coming from the condition of being with cancer. We believe that this research contributes to the nursing practice, as far as it provides subsidies to the cultural care. **Descriptors:** Neoplasms, Rural Health, Nursing Care, Oncology Nursing.

Introdução

O reconhecimento das peculiaridades e o atendimento das necessidades de saúde das pessoas que vivem fora da zona urbana está se ampliando sendo assim ocorreu a criação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)¹. Nesse artigo, a utilização da expressão *campo* ocorre em conformidade com os preceitos contidos na PNSIPCF, compreendendo-a, como sinônimo equivalente a *zona rural*. A conceituação presente nessa política é resultante principalmente dos movimentos sociais no que diz respeito à formação da identidade social, a consciência de seus interesses, os direitos e reivindicações, apreensão crítica do seu mundo, de suas práticas e representações sociais e culturais que nele estão permeadas. Desta forma, quando houver inferência a pessoas que vivem no campo, trata-se de pessoas que moram fora das sedes dos municípios.

Sendo assim, observa-se que no campo brasileiro há índices preocupantes sobre os determinantes socioeconômicos dessa população. Dentre os fatores de destaque na vida das pessoas que vivem no campo encontra-se o desenvolvimento de várias doenças, como as doenças crônicas não transmissíveis, com enfoque no câncer.

O câncer é uma doença que pode ter múltiplas localizações no corpo e variados aspectos biológicos. Caracteriza-se pelo crescimento desordenado e incontrolável de células desconhecendo as indicações de regulação do crescimento no ambiente ao redor da célula. Essas alterações são determinantes na formação de tumores ou neoplasias malignas.²

Nesse contexto é importante compreender que a etiologia do câncer pode estar relacionada com os fatores genéticos, os fatores ambientais, como os que envolvem a água, a terra, o ar, o ambiente de consumo (alimentos, medicamento, fumo, álcool e produtos domésticos), o ambiente cultural (estilo, costumes e hábitos de vida) e o ambiente ocupacional (trabalho).³ Assim, as pessoas que vivem no campo constituem um grupo populacional exposto as mais diversas substâncias carcinogênicas, seja pela ocupação, pela alimentação ou pelo ambiente.³

A hemato-oncologia é considerada uma área de atuação específica e complexa, o que torna necessário o desenvolvimento de pesquisas que qualifiquem a prática de enfermagem, com enfoque nas experiências das pessoas com câncer. A Agenda Nacional de Prioridade de Pesquisa em Saúde indica e orienta as necessidades de estudos enfocando as neoplasias e as diferenças regionais.⁴ Com isso, o planejamento e implementação de estudos com essa população podem culminar em melhorias no cuidado de enfermagem e políticas sociais, as quais devem ser abrangentes e compatíveis com o conjunto de necessidades e características dessas pessoas.

Por isso, o cuidado às pessoas que vivem no campo deve envolver a compreensão de valores, estruturas, crenças e culturas bem como, identificar e apreender o modo de

cuidado, os saberes e as práticas que são empregadas no seu cotidiano. Desse modo, esse artigo objetiva conhecer os saberes de pessoas que vivem no campo internadas em uma unidade hemato-oncológica em relação ao adoecimento por câncer.

MÉTOD

Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva realizada em uma Unidade de Internação Hemato-Oncológica (UIHO) de um Hospital Universitário (HU) do sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro a novembro de 2013.

Os participantes foram oito pessoas internadas na UIHO do HU no período da coleta de dados, com diagnóstico de câncer. Foram incluídas no estudo, pessoas com idade superior a 18 anos e que vivem no campo. Excluíram-se os que apresentavam impossibilidade de comunicação por qualquer natureza.

A captação dos participantes foi realizada diariamente por meio da análise de prontuários que, mediante conformidade com os critérios pré-estabelecidos, as pessoas eram convidadas a participar da pesquisa no mesmo dia. Isso se justificou pela rápida rotatividade de internações, tendo em vista que muitos internavam apenas para a infusão de quimioterápicos e logo retornavam aos seus domicílios até o início do próximo ciclo quimioterápico.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, no qual o entrevistado apresenta a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.⁵

Para a análise dos dados, optou-se pela análise de conteúdo⁶ na qual se buscou, identificar os núcleos de sentido da comunicação, cuja frequência teve sentido para o objeto analisado. As etapas que compreendem o método são: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação.⁶ Na primeira etapa, foi realizada a organização dos dados obtidos por meio da transcrição do material no editor de textos *word*. Com o material transcrito em sua totalidade essa leitura foi se intensificando para uma imersão do material coletado.

Na exploração do material, foi confeccionado um quadro sinóptico no editor de textos *word*, onde foram realizados recortes de depoimentos, e posterior agrupamento pela sua similaridade. A partir disso foram realizadas colagens em um caderno organizando o material mantendo os recortes pelas suas características comuns. Assim, foi feito a extração das unidades de registros, ou seja, foi destacado as frases e palavras que representavam e davam sentido aos trechos ou parágrafos. Para caracterizar cada unidade de registro em comum foi atribuída uma cor. Essas palavras foram agrupadas conforme a sua similaridade e frequência, formando dessa forma as temáticas. Já no tratamento dos resultados e

interpretação foi identificada a frequência com que o conteúdo apareceu no material transcrito e após foi feita a determinação de um tema central.⁶

No intuito de garantir os aspectos éticos previstos em pesquisas que envolvem seres humanos, a Resolução 466/2012 foi respeitada.⁷ Assim, o estudo foi realizado mediante autorização institucional e do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade em que o projeto estava vinculado, sob o parecer de número 422.392. Para garantir o anonimato dos indivíduos, optou-se por nomeá-los com a letra “E” condizente a entrevistado, seguido por uma sequência numérica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente apresenta-se a descrição do perfil dos participantes, a partir das características sócio-demográficas. Posteriormente, os resultados organizados em três categorias temáticas.

Caracterização dos participantes

Dos oito participantes cinco eram homens e três mulheres, com idade entre 34 e 78 anos. No que diz respeito à situação conjugal eram seis casados, um viúvo e um solteiro.

Os participantes apresentaram grau de escolaridade variado, sendo que seis apresentavam ensino fundamental incompleto, um concluiu o ensino médio e um nunca frequentou a escola. Nesse sentido, foi recorrente nos depoimentos dos participantes que apresentavam menor número de anos na escola o fato de não seguirem os estudos em virtude de dificuldades de cunho socioeconômico e de acesso.

Ah! Estudei muito pouco! Porque era longe quando eu era pequena. Era muito longe o colégio. (E2).

Naquela época era pouco colégio e pouco tempo de estudar. (E4).

É por causa da distância a gente tinha que ir a pé, era muito longe o sangão, tinha que ir a cavalo. Naquele tempo não tinha transporte lá. (E5).

Ao serem questionados sobre o grau de escolaridade, todos os participantes sentiram a necessidade de expressar o motivo pelos poucos anos de estudo. Evidenciam-se, pelos depoimentos, os desafios enfrentados no contexto rural, em relação à dificuldade de acesso escolar, exemplificado pelas grandes distâncias, barreiras geográficas e as condições socioeconômicas.

No início do século XX não haviam políticas públicas educacionais voltadas para essas populações, pois não se considerava relevante aprender a ler e escrever para trabalhar no campo. Assim, se estabeleceu um contexto de abandono e precariedade que conseqüentemente permeou e influenciou a alfabetização e disseminação de códigos culturais e de valores de muitos brasileiros que viviam no campo.⁸

No que tange à ocupação dos participantes, cinco eram agricultores aposentados, um agricultor, um técnico em agropecuária e um se intitulou como peão de estância aposentado. Peão de Estância é um termo regionalista do sul do Brasil que faz referência ao homem que trabalhava em fazendas. Na década de oitenta esses homens era vistos como “homens soltos” por não possuírem vínculos sociais e familiares estáveis.⁹ Apenas um dos entrevistados não apresenta renda fixa ou proveniente da aposentadoria.

Notou-se que houve o predomínio do vínculo com atividades agrícolas e ligadas ao trabalho com a terra. O ambiente de trabalho no campo envolve, entre outras questões: as relações políticas e sociais, a precarização e intensificação do trabalho, as exposições a variados agentes e insumos. Esses fatores vão refletir sobre as condições de vida, trabalho e saúde dos trabalhadores.¹⁰

Em análise comparativa entre o tempo de diagnóstico e tempo de tratamento relatado, todos os entrevistados apresentaram uma aproximação nessa relação, ou seja, o início do acompanhamento da UIHO ocorreu concomitantemente com o diagnóstico da doença. Observa-se que a oportunidade de iniciar o tratamento assim que descoberto o diagnóstico representa o cumprimento de três princípios do Sistema Único de Saúde: universidade, integralidade e equidade.¹¹

Entre os diagnósticos, encontraram-se três participantes com câncer de colón e os demais participantes com câncer de intestino, linfoma não-hodckin, leucemia linfóide aguda, leucemia mielóide aguda, e câncer de reto cada um. Houve um predomínio referente aos tumores ligados ao sistema gastrointestinal como câncer de intestino, colón e reto. Esses diagnósticos corroboram com a prevalência de novos casos de câncer previsto para o ano de 2015 no território nacional.¹² É importante salientar que os cânceres ligados ao sistema reprodutor feminino e com protocolos quimioterápicos de curta duração são atendidos em outras unidades desse hospital.

“Não sei, mas diz que é uma doença muito brava”: significado do adoecimento por câncer

Nessa categoria, foram identificadas diversas maneiras de entendimento sobre o momento em que estavam passando as pessoas que vivem no campo internadas em uma UHO. Todos conheciam o diagnóstico médico, pois segundo os participantes, eles foram informados pelo médico e reafirmado pela equipe de saúde. No entanto, referiam um desconhecimento em relação às conceituações e concepções profissionais. Porém, relatavam as suas percepções sobre o processo de adoecer a partir do conhecimento adquirido por meio das suas experiências.

[...] não sabia e era o tal nó nas tripas. (E3).

O cara não entende nada disso (câncer) não é? Não sei como é. (E8).

É importante reconhecer e valorizar as concepções das pessoas, pois muitas vezes o desconhecimento referido pode interferir sobre o processo de adoecimento, tornando-se um fator que pode gerar a possibilidade de compreensões e avaliações variadas, podendo dificultar o enfrentamento do adoecimento e/ou tratamento. Isso se deve ao fato de que as situações novas ou desconhecidas podem vir a se tornar desafiadoras ou ameaçadoras. Essa compreensão do desconhecido é influenciada pela própria experiência e pelas informações adquiridas ao longo das vivências.

A interpretação e reconhecimento das pessoas sobre a estrutura do seu corpo são permeados pelos aspectos culturais e sociais, influenciando diretamente nas respostas ao tratamento médico.¹³ Sendo assim, os sentidos empregados pelas pessoas na captação, na interpretação e nos significados dos acontecimentos advindos pelo adoecimento são constituídos por meio da experiência individual e do contexto social no qual estão inseridos, bem como da maneira como as pessoas situam-se diante da enfermidade.¹⁴

O câncer teve sua caracterização permeada por simbologias e representações. Sendo essas constituídas por aspectos negativos, remetendo-os ao sofrimento e a morte.

Por que esse tal de câncer é desgraçado ele vai matando a gente aos poucos [...] a mímica. (E1).

Não sei, mas diz que é uma doença muito brava. Só o que eu sei. (E6).

Ah, significa meio bravo! É um troço que não tem cura. É uma arriscada! O cara está arriscando para ver se consegue bater (morte), vamos ver! Não sei. (E7).

O câncer é exposto como uma doença intimidadora com efeitos que alteram o cotidiano e a vida dos seus portadores. Isso se deve a crença social de que a neoplasia leva a sentença de morte. Nota-se que a doença e o tratamento são percebidos como um processo de intenso sofrimento, pois os indivíduos convivem cotidianamente com as dificuldades do tratamento e o risco de cessamento da vida.

O adoecimento crônico a partir de uma construção sociocultural desempenha a representação de uma doença ameaçadora que constantemente acarreta incertezas na vida das pessoas.¹⁵ Sendo assim, o câncer é uma enfermidade que está associada a dor, ao sofrimento e a degeneração, pois as pessoas acreditam que a morte é dolorosa e penosa.¹⁶

Outros participantes no momento em que foram questionados sobre o que é o câncer perceberam a doença pela representação da sua sintomatologia

Aí me dói muito a barriga. As costas é o que eu sei. (E7).

Como é que eu vou dizer? É algo ruim. Dói demais. (E2).

Percebe-se que os participantes realizaram construções a partir de comparações do seu cotidiano e percepções físicas para significar o seu adoecimento por câncer. Ou seja,

para essas pessoas o câncer é entendido como a dor que o a enfermidade lhes causa sendo interpretada e narrada por meio dos seus sinais e sintomas. Essas simbologias e representações são metáforas criadas pelas pessoas para exemplificarem o sentido do seu adoecer.

As metáforas são criadoras de sentidos e o seu uso abrange um processo de descoberta e de invenção. Dessa forma, empregam-se novas maneiras de ver e vivenciar o mundo.¹⁹ As metáforas relacionadas ao câncer geralmente formam uma composição simbólica que pode provocar efeitos desagradáveis, dependendo da maneira que as pessoas percebem a sua própria condição.¹³ A percepção das sensações do adoecimento como cansaço, dor de cabeça, dor no corpo, sono, fraqueza, falta de apetite, febre, entre outros também são representações construídas socialmente e mutáveis conforme o grupo social e a cultura da pessoa.¹⁸

Além disso, observou-se que a visão sobre o câncer sofreu influências das avaliações realizadas pelos médicos no desenvolvimento do tratamento. As concepções, compreensões e premissas construídas acerca do adoecimento foram subsidiadas pelas informações e orientações recebidas por esses profissionais.

O médico disse que é uma doença grave, mas que se fizesse o tratamento direitinho tinha cura ainda. (E2)

Diz que é um tumorzinho que tem na entrada do estômago, vamos ver. O doutor (da cidade origem) me disse “é um tumorzinho, o que tu tens”, mas diz ele “miúdo, mas tem que dar um jeito!”. (E4)

Proporcionar acesso e fornecer informações sobre o diagnóstico e os cuidados necessários para o enfrentamento da doença são fundamentais para o tratamento do câncer. A participação dos profissionais de saúde no processo de disseminação de informações que auxiliam na tomada de decisões colabora com o princípio de autonomia das pessoas.

O apoio de profissionais e o incentivo da família no enfrentamento do câncer são fatores externos de influência, que facilitam o desenvolvimento da capacidade de resiliência das pessoas acometidas por cânceres. Para os autores, na medida em que essas pessoas vivenciam o processo de adoecer e o tratamento quimioterápico, aprendem novas posturas de enfrentamento e adotam outras maneiras de encarar a vida.¹⁹

Sendo assim, conforme se apropriam dos significados da doença, seja por meio das suas vivências, da sintomatologia latente ou da visão adquirida pelos profissionais, as pessoas confrontam o seu comportamento com seus hábitos de vida, numa tentativa de reconhecer as possíveis causas para o aparecimento do câncer. Assim promovem uma releitura de suas vidas, das manifestações e relações sociais mantidas e das emoções e provocações vividas.

“A gente tem que aceitar”: o surgimento da neoplasia

Os participantes entrevistados discorrem sobre variadas possibilidades referentes ao surgimento do adoecimento. Alguns deles atribuíram o aparecimento do câncer aos fatores internos como os da genética e da hereditariedade, mas também externos, como do estresse do cotidiano.

É um assunto que eu tenho convicção que isso é genético! Não tem, não vão me dizer que é a comida, que é não sei do que, que dá câncer (pensativo). A minha mãe nunca fumou, nunca bebeu e ela morreu de câncer, câncer de pulmão. Meu pai, câncer de esôfago, nunca fumou, nunca bebeu, nada, não é? Mas é, pode ser genético. (E1).

Eu acho que a questão emocional da pessoa pode influenciar um pouco. Então tu tem uma vida muito intensa e acaba estourando [...] E talvez, como é que eu vou dizer? Alguma sensibilidade para isso. Por um motivo ou outro, tem umas pessoas que se tornam “diabéticas” com mais facilidade que outras. (E3).

Os entrevistados acreditam que existem influências externas. Porém E1 demonstrou não acreditar que suas ações possam influenciar no adoecimento. Já para E3, além da crença da predisposição genética, o ritmo de vida que levava no momento da descoberta foi um fator colaborador para a manifestação do câncer. O desenvolvimento do câncer é determinado por fatores como os genéticos, sociais, ambientais, políticos, econômicos e biológicos dos indivíduos.³

É interessante observar que características e hábitos citados comumente por pessoas que viviam na cidade estão permeando também a vida das pessoas que vivem no campo. As mudanças relacionadas ao ritmo de vida transcendem o estereótipo social criado de que nas localidades distantes das sedes dos municípios impera uma vida calma e tranquila.

Há importantes sugestões na literatura sobre a associação entre os fatores emocionais e genéticos com o desenvolvimento de doenças. O estresse constante é indicado como fator desencadeante para a incidência de doenças psicossomáticas assim como a predisposição genética constitui um fator de risco importante para a etiologia do câncer.²²

Outra entrevistada faz referência à utilização de agrotóxicos durante as atividades laborais como possível causa do adoecimento por câncer:

Olha, eu até não posso imaginar nada. Até por que eu sempre trabalhei na lavoura. E a gente usava aqueles venenos para planta, mas eu não participava daquilo ali. Eu não sei por que saiu isso daí (câncer). Não sei, estou em dúvida com isso aí. (E2).

Ao discorrer sobre o assunto, a depoente mostrou-se não estar totalmente convicta sobre o fato. Isso pode ter ocorrido pois as informações nem sempre estão disseminadas entre as pessoas que utilizam agrotóxicos no seu processo de trabalho. Nota-se, que há poucas informações em alguns entrevistados sobre o uso e o risco de adoecimento a partir

da utilização desses produtos. Destaca-se que apenas E2 sugeriu a possibilidade do envolvimento desses com o seu adoecimento.

É comum o uso de insumos agrícolas nesse meio a partir da expansão do agronegócio no Brasil. Desde então pesquisas baseadas em evidências demonstram que a utilização de agrotóxicos possivelmente influi no aumento da suscetibilidade a neoplasias.²¹ Isso ocorre mesmo com todas as normas técnicas de aplicação seguidas corretamente, pois durante esse processo há dispersão desses produtos, atingindo tanto a lavoura como o ar ambiente.²²

Outro fator encontrado foi a presença da vontade divina como explicação do adoecimento por câncer. Nota-se que a partir da espiritualidade centrada na fé, os entrevistados buscam justificar o que está acontecendo na sua vida e concomitantemente esse sentimento se traduz na esperança da cura.

Deus é quem sabe, então a gente aceita isso daí do jeito que ele entregou para a gente. (E5)
O sentido é que eu tenho fé em Deus e na Medicina porque hoje em dia já curam muito. E a gente tem que aceitar que vem de Deus isso daí... é como eu digo. (E6)

Observa-se que a crença em Deus apresenta uma importante influência na saúde dos participantes, pois apresenta diversidade de sentidos. Observa-se pelos depoimentos que Deus representa a procura por uma resposta para a causa da doença conferindo significado para o seu estado atual de saúde e, ao mesmo tempo, Deus também lhe fornece apoio para vivenciar o processo de adoecimento.

Sendo assim, a compreensão de que o câncer surge a partir do querer de Deus é permeada por ambiguidades, pois ora ele é capaz de dar a vida, ora é capaz de tira-la. Esse fator mostra o quanto o indivíduo precisa procurar uma explicação para os eventos que o cercam além de ser uma estratégia de enfrentamento da situação que vivencia.²³

A figura de Deus está ligada a religiosidade e essa, muitas vezes, dá sentido à vida, tomando formas representativas de acolhimento, cura e de saúde para as pessoas que a praticam.¹⁸ A religião, por meio de sua simbologia, pode atuar no estado de espírito e de saúde das pessoas.²³

Conhecer e reconhecer que as percepções das pessoas sobre a causa do adoecimento são singulares e envolvem variados aspectos, como os sociais, históricos e culturais, é assumir a importância da sua autonomia nas decisões relativas ao processo terapêutico. Esse aspecto é relevante e influencia na vivência do adoecimento.

“Com o câncer a gente vai decrescendo”: a experiência de viver com câncer

A compreensão referente ao adoecimento é obtida por meio do conhecimento adquirido pelas experiências dos entrevistados, sendo que estas remeteram a uma experiência de sofrimento proveniente da condição de estar com câncer. Observa-se que a experimentação da doença proporciona expectativas e remete a surpresas com o avanço da doença e/ou tratamento.

É a família cancerosa. Sou eu. Os três (irmãos) quando falaram que estavam com câncer, meu Deus do céu! Parecia que era coisa de outro mundo, que não ia se curar, a gente ficou muito chocado. (E5)

Eu me sinto assim, arrasada, não é? Arrasada mesmo! (E6)

Ah eu me sinto bem, o que eu vou fazer, não é? Tem que esperar ver no que vai dar. E tem que esperar de tudo. (E7)

As pessoas têm vivências particulares e únicas referentes a esse processo de experimentação do adoecimento. Entretanto, nota-se o imperativo de sentimentos negativos como os de impotência, perplexidade e aflição diante da nova situação que a doença causa.

O adoecer pelo câncer é uma das experiências de doença crônica mais temidas e indesejadas, fato observado nos relatos e no cotidiano de pessoas que já vivenciaram ou estão vivenciando esse processo. Um estudo australiano relata a experiência de mulheres que tiveram câncer de mama, sendo que os depoimentos revelam que o tratamento remete a um momento estressante e que como consequência exigiu adaptações nas suas vidas.²⁴

Uma das experiências que exemplificam as mudanças ocorridas pela condição de viver com câncer é a realização da terapia quimioterápica e da internação na unidade especializada. Ambas foram percebidas com uma experiência dolorosa.

Olha, nessas alturas eu nem sei, porque eu sempre digo que na primavera passada, até essa, eu só decaí e a minha esperança é que dessa primavera para a frente eu comece a levantar. Então, isso nos últimos meses, não é? Passei um período que não estava me alimentando muito e estava naquela que logo ia me adaptar ao medicamento (quimioterapia) e ao invés de me adaptar eu estava afundando [...] Com o câncer a gente vai decrescendo. (E3)

Não é fácil. Eu nunca tive nada assim antes! Fazer as “químio”. E agora na maioria do tempo eu estou aqui. É complicado ficar poucos dias em casa. (E8)

O tratamento quimioterápico é um componente que agrava o estado de saúde e consequentemente interfere nas percepções e sentimentos dos participantes sobre o seu prognóstico. Sendo assim, esse momento é encarado e sinalizado como uma vivência de bastante dificuldade.

Tal componente ainda é agravado pelas longas internações na unidade hospitalar especializada, ocasionando o afastamento e distanciamento da família e do lar. A terapêutica quimioterápica é agressiva e os ajustes necessários ao processo de tratamento

também são fatores característicos do cenário oncológico, visto que muitos efeitos colaterais desencadeiam reações físicas e emocionais, constituindo-se em sofrimento.²⁵

Essas condições geram mudanças na vida das pessoas, não só na estrutura e funcionamento do organismo, mas também nas condições e qualidade de vida, com o desenvolvimento da necessidade de novos hábitos, revisão de papéis sociais e da incorporação da doença em seu processo de viver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas percepções e experiências das pessoas percebeu-se que a doença significa mais do que um conjunto de sintomas; ela possui muitas representações simbólicas e culturais. Além disso, os seus saberes são influenciados pela experiência individual e o contexto social, no qual estão inseridos.

Acerca do surgimento da doença, os entrevistados falaram sobre variadas possibilidades entre elas, a predisposição genética associada às questões emocionais e a utilização de agrotóxicos e a vontade de Deus; na medida em que essas pessoas se apropriam dos significados da doença elas promovem uma releitura de suas vidas para explicarem a origem do seu adoecimento.

No que se refere ao conhecimento proveniente das experiências apareceram os sentimentos de tristeza e sofrimento. A realização da terapia antineoplásica e a internação na unidade especializada são aspectos que elucidam as mudanças ocorridas na vida dessas pessoas.

Sendo assim, viver com câncer no contexto do campo demarca um desafio, uma vez que esse cenário desvela as dificuldades relacionadas tanto ao acesso aos serviços de saúde, como às particularidades implicadas no contexto de vida das pessoas. A busca pelo cuidado é moldada a partir daquilo que é considerado importante, guiada pela percepção cultural e a situação social em que se encontram.

Acredita-se que esta pesquisa tenha uma relevante contribuição para a prática de enfermagem, na medida em que proporciona subsídios para o cuidado cultural, pois vislumbra o reconhecimento das percepções e saberes em relação ao adoecimento por câncer. Valorizar aquilo que as pessoas referenciam é essencial para o cuidado de enfermagem, pois ao se pensar em deve-se pensar nas pessoas para os quais são dispensadas as atenções.

Ao mesmo tempo, esse estudo valoriza as expressões para o cuidado de enfermagem em diferentes contextos, como o do campo, considerando e demonstrando assim que o processo de experimentação do adoecimento é complexo, singular (pois retrata o universo simbólico de cada indivíduo) e diversificado (quando pensado coletivamente). Cabe, aos

profissionais de saúde diante de todas essas informações valorizar, analisar e (re) pensar os modos de cuidado bem como fornecer subsídios e apoio em todas as etapas vivenciadas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; organização Luiz Claudio Santos Thuler. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, 2012.
3. Ministério da Saúde (BR); Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Rio de Janeiro: Inca, 2012.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde)
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
7. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. Souza RFD, Ávila VPDS. Representações, práticas e políticas de escolarização da infância na zona rural. Revista História da Educação, may-ago; 18 (43): 9-11
9. Farrinatti LA. Peões de Estância e a produção familiar na fronteira sul do Brasil. Anos 90, Porto Alegre, 2008; 15 (27): 359-383.
10. Freitas CM, Garcia EG. Trabalho, saúde e meio ambiente na agricultura. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 2012; 37 (125): 12-16.
11. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília, 2003.
12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p.
13. Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed; 2009
14. Dolina JV, Bellato R, Araújo LFS. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(9):2671-2680.
15. Kleinman, A. The illness narratives: suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books; 1988.

16. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
17. Kirmayer LJ. Healing and the invention of metaphor: the effectiveness of symbols revisited. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1993; 17:161-195.
18. Mello ML, Oliveira SS. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saúde Soc. São Paulo*, 2013; 22 (4): 1024-1035.
19. Rodrigues FSS, Pelidori MM. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. *Rev. bras. cancerol.* 2012; 58(4): 619-627.
20. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Guanabara Koogan 12a ed., v.1, 2011.
21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos. Relatório Anual 4/06/2001 – 30/06/ 2002. Brasília.
22. Jobim PFC, Nunes LN, Giugliani R. Existe uma associação entre mortalidade por câncer e uso de agrotóxicos? Uma contribuição ao debate. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(1):277-288.
23. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
24. Faustine W, Stephen JC. Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: qualitative study. *Health Expectations*, 2015.
25. Waterkemper R, Reibnitz KS. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), 2010; 31(1):84-91.