

A PERSPECTIVA CULTURAL NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO¹

Rosani Manfrin Muniz*
Márcia Maria Fontão Zago**

RESUMO

Este artigo tem como proposta refletir sobre a construção sociocultural do câncer do ponto de vista das pessoas que vivenciam a experiência. Origina-se de um estudo qualitativo com abordagem teórico-metodológica da antropologia interpretativa e do método etnográfico, com a participação de dez informantes em tratamento radioterápico, de ambos os sexos, na faixa etária de 34 a 80 anos. Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2007 por entrevistas semiestruturadas e observação participante em seu domicílio na Região Sul do Brasil. Os resultados mostram a trajetória da doença, desde os primeiros sinais e sintomas, até a construção cultural de ser um paciente oncológico e as demandas que essa nova identidade acarreta. Constatamos que os significados construídos evidenciam a necessidade de ampliar o cuidado, incluindo as referências socioculturais do contexto das pessoas que vivenciam a realidade de ter câncer. No caso da enfermagem, isso significa uma forma de ultrapassar a dimensão biológica do cuidar. Neste pensar, entendemos ser necessário construir, junto às pessoas acometidas pelo câncer, estratégias de cuidado que atendam às suas concepções culturais, com vistas a promover a sua sobrevivência com qualidade.

Palavras-chave: Cultura. Neoplasia. Enfermagem. Cuidado.

INTRODUÇÃO

O envolvimento da cultura e do social no adoecer humano surge nos anos de 1970, com a contribuição das ciências sociais para a epidemiologia, uma vez que se descobre a influência do processo psicossocial, do estresse e também do meio social na resistência do hospedeiro⁽¹⁾. Os fatores apontados pela epidemiologia para a incidência das doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer, são de caráter ambiental (exposição a agentes cancerígenos e os hábitos de vida, como alimentação desregrada e ausência de atividades físicas) e genético⁽²⁾.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) refere que os fatores de risco de câncer, numa determinada população, dependem diretamente das características biológicas e comportamentais dos indivíduos que a compõem, bem como das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que rodeiam esses indivíduos, ou seja, são altamente influenciados pela cultura do grupo ao qual eles pertencem⁽²⁾.

Nesse sentido, os pacientes oncológicos

apresentam-se mais susceptíveis a crises, que podem ser de caráter psicológico, biológico ou espiritual. Tais crises podem ser desencadeadas pelo diagnóstico e prognóstico da doença, bem como pelos efeitos colaterais do tratamento, que também afetam os seus familiares⁽³⁾.

Assim, os enfermeiros que assistem pacientes oncológicos precisam ter conhecimento dos aspectos socioculturais que integram o processo de ter câncer e a submissão às terapêuticas, como base para planejar e implementar as intervenções de cuidado na reabilitação do paciente e o apoio à família, com vista a promover uma sobrevivência com qualidade de vida.

Na prática do cuidado à clientela oncológica, observamos que o cliente submetido às terapêuticas de combate ao câncer encontra-se fragilizado e confuso. Ao se descobrir com uma doença que, segundo a perspectiva cultural, leva à fatalidade, o temor de não sobreviver a ela é maior, e a partir daí ele se submete ao tratamento recomendado quase sempre sem participar da decisão, pois em nossa sociedade a decisão médica é a norma.

¹Artigo original, que tem origem na tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, em maio/2008, subvencionada pela CAPES/PQI.

*Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas-RS. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Autora da Tese. E-mail: romaniz@terra.com.br

**Doutora. Professora Associada da EERP/USP. E-mail: mmfzago@eerp.usp.br

Segundo o senso comum, estar doente é uma experiência que não se limita a alterações biológicas, mas é uma construção cultural. Nesse sentido, a doença possui relação com a forma como as pessoas de um grupo social percebem os sinais e sintomas, como os categorizam e que sentidos lhes atribuem, articulando avaliações e ações que levam à busca específica da cura⁽⁴⁾.

Este artigo tem origem na tese de doutorado que visou compreender os sentidos da experiência da radioterapia oncológica para o paciente, na abordagem interpretativo-cultural. Assim nos propomos, neste trabalho, refletir sobre a construção sociocultural do câncer do ponto de vista das pessoas que vivenciam a experiência, e nessa perspectiva pensar sobre a nossa prática de enfermagem, no sentido de que ela *atente* para essas questões durante o cuidado às pessoas com câncer.

ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

A cultura é entendida como uma rede de significados elaborados por um grupo social, para perceber, entender e organizar o mundo em que ele vive, ou seja, a cultura é um sistema de símbolos local e específico. Para se conhecer uma cultura é preciso apreender os símbolos compartilhados pelos membros dessa coletividade cultural, interpretando-os e considerando-os dentro do contexto grupal⁽⁵⁾. Nesse sentido, entendemos que a experiência do câncer é um processo que desafia as pessoas a reestruturarem suas vidas. Para tanto, elas simbolizam essa situação segundo a construção cultural do grupo ao qual pertencem, e elaboram formas para lidar com ela.

A antropologia interpretativa foi o pensamento teórico-metodológico utilizado neste estudo, pois visa à compreensão da experiência na perspectiva daqueles que a vivem⁽⁶⁾. Assim, optamos pela abordagem metodológica qualitativa, pelo fato de levar à descoberta dos significados, para os pacientes, da experiência do câncer.

A etnografia foi a estratégia metodológica selecionada, por reconhecer a singularidade individual em profundidade, unificar a experiência do câncer e representar os pontos de vista diversos. Como métodos de coleta de dados

para a etnografia foram propostos a observação participante e a entrevista semiestruturada⁽⁷⁾.

Os dados para este trabalho foram extraídos da pesquisa que deu origem à tese de doutorado da primeira coautora⁽⁸⁾. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, mediante o Parecer nº 03/07. Os informantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo identificados por nomes próprios escolhidos por eles, a fim de preservar suas identidades.

Participaram do estudo dez pacientes oncológicos que estavam em tratamento radioterápico em um centro de oncologia e radioterapia da Região Sul do Brasil, no período de março a agosto de 2007. Seis informantes eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino, situados na faixa etária dos 34 aos 80 anos. Desses informantes, seis eram pessoas casadas, um era uma mulher solteira, outro uma mulher viúva e dois conviviam com seus companheiros(as) havia bastante tempo. A renda mensal variou de um (1) a três salários mínimos.

Utilizamos dois procedimentos para a coleta de dados: a observação participante e as entrevistas semiestruturadas. Com a permissão dos informantes, as entrevistas foram gravadas transcritas para um arquivo no computador e codificadas por informante. Dentre as questões de entrevista destacamos a que caracteriza esta discussão: “Fale sobre a sua doença – o câncer”. Com as observações participantes apreendemos os espaços, as pessoas, as relações e as diferentes situações vivenciadas pelos informantes (na radioterapia e nos domicílios).

A análise dos dados ocorreu em quatro etapas. As duas primeiras foram a de organização dos dados, em que se elaborou um texto, e a de codificação dos dados, que teve como base o tema da pesquisa, os objetivos e os pressupostos teóricos. A etapa seguinte foi a de identificação das unidades de sentido, na qual se realizou o agrupamento dos códigos comuns e dos incomuns. Esta foi a fase inicial da interpretação, quando se procedeu à construção das unidades de significados. A análise final consistiu na definição dos núcleos de significados, em que, após profunda reflexão sobre o material empírico e teórico, buscou-se a interpretação da lógica interna do grupo sobre a

sua experiência, segundo a compreensão das pesquisadoras⁽⁹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos, neste momento, a percepção dos informantes sobre a construção da experiência de ter o câncer. Lançamos também um olhar sobre a perspectiva cultural que permeia a trajetória dessas pessoas, desde a identificação dos primeiros sinais da doença, passando pelas reações ao diagnóstico, até a construção do adoecer por câncer.

A construção da trajetória da doença

O câncer não era uma doença desconhecida para os informantes; frequentemente seus aspectos são divulgados pela mídia, principalmente em programas populares da televisão. Além disso, muitas famílias brasileiras, independentemente da classe social, já tiveram um ente ou conhecido com câncer.

Para os informantes, a trajetória da doença teve início com a desarmonia do corpo, detectada por alterações externas (o que era visto) ou internas (o que era sentido), ou sinais e sintomas corporais. Todos os informantes falaram sobre o início do adoecer:

[...] eu tinha uma mancha nas costas que começou a coçar um pouquinho. Aí, a roupa começou a irritar e eu acabei machucando, enquanto dormia; não cicatrizou. (Janete)

[...] sentia sempre uma queimação, uma ardência. Tudo que eu comia caía no estômago e me ardia, uma ardência... Sempre tomando um remédio e outro, mas nada ajudava... (Adriana)

Ao constatar que o sinal ou sintoma é real, as pessoas se dão conta da desorganização do organismo. Como primeira reação, a busca pela solução recai no sistema de cuidado familiar e/ou popular. Esses sistemas preconizam recursos que nem sempre dão resultado, mas são valorizados, tal como a “água doce” (água com açúcar).

Com o fracasso dessas terapêuticas, pacientes e familiares concluem que há necessidade de buscar resolução no sistema profissional de saúde. Na realidade, essa etapa só ocorre quando eles observam que os sinais e sintomas tornam-se graves e alteram as funções sociais do doente,

repercutindo no processo de viver de todos. A partir desse momento, doente e família identificam que a intervenção depende do sistema médico, pois é aquele que detém o conhecimento e os meios para promover a cura da doença ou aliviar o sofrimento por ela provocado. Assim, inicia-se a trajetória da doença⁽⁸⁾.

Nesse pensar, faz-se necessário compreender que a doença não é um mero distúrbio físico. Ela é um processo e uma experiência. O primeiro passo para caracterizá-la como um processo é a identificação dos sintomas, ou seja, dos sinais que indicam que o corpo não está funcionando bem. O reconhecimento da enfermidade como experiência acontece quando ela é entendida como um processo subjetivo, construído por conhecimentos, percepções e práticas historicamente aprendidos nos contextos socioculturais⁽¹⁰⁾.

Em nossa cultura, a dor possui estreita relação com a gravidade de uma doença⁽¹⁰⁾. O câncer, por não estar relacionado a um fenômeno doloroso, pelo menos nas primeiras manifestações, impossibilita que as pessoas o identifiquem e procurem esclarecimentos sobre as alterações físicas.

Ainda em relação às manifestações corporais da enfermidade, para o indivíduo o corpo é uma matriz simbólica que organiza a sua experiência corporal, o mundo social, o natural e o cosmológico. O que o corpo sente não é separado do significado da sensação, ou seja, a experiência corporal é entendida como uma realidade subjetiva, em que o corpo, a sua percepção e os seus significados unem-se em uma experiência particular, para além dos limites do próprio corpo⁽⁸⁾.

Para os entrevistados, a busca por cuidados no sistema de saúde oficial foi uma trajetória de dificuldades, que aumentaram as incertezas e a percepção da gravidade da situação:

Foi quando eu fiz os exames que aconteceu. Apareceu né... apareceu uma massa branca no meu estômago e o doutor falou: “Vamos ter que fazer um outro exame, que é uma endoscopia com biópsia, para nós ver o que está acontecendo”. E aí eu fiz. Foi quando deu que estava com um tumor. (Douglas)

Fui ao médico e comecei a fazer os exames; foi dali que eles começaram a descobrir, sempre

fazendo uma coisa e outra... Foi quando eu fiz a biópsia e saiu o resultado. (Adriana)

No conjunto dos discursos dos informantes observamos que a construção de seu diagnóstico se deu após a realização de exames muitas vezes considerados desgastantes, como revelado por Anita: “[...]os exames, aquilo que me estragou toda. Eu sofri com aqueles exames, barbaridade!”. Além de conviver com a angústia dos exames diagnósticos, a espera pelo resultado demanda um tempo que para os pacientes é demasiado longo, aumentando a angústia.

O que se observa é que as longas esperas pelos retornos, os exames diagnósticos e as consultas fazem parte do ritual de diagnóstico, uma vez que é a partir da avaliação clínica que os sintomas apresentados pelos pacientes são decodificados. Somente depois é declarado à pessoa que ela está doente, ou seja, “o saber e a prática médica definem os termos do encontro da pessoa com a doença”. Isso se configura como um julgamento que transcende o estado orgânico e repercute na identidade do indivíduo, determinando o seu lugar na sociedade. O diagnóstico e o prognóstico são os elementos a partir dos quais a pessoa buscará ajustar-se à situação de doente^(11;12).

Fui no Dr. AE¹, ele me pediu Raio X; depois fui no Dr.V e ele logo viu e disse que não era pra ele e me encaminhou para o Dr. R. Este disse que se ficar bom, com esse tratamento, que se sara que não precisa fazer cirurgia. (Anita)

Eu tinha consulta com um ginecologista, isso foi em setembro, eu acho; fui à consulta e ele disse que ia me passar pro proctologista. Aí eles fizeram os exames. Saiu a biópsia, dia 28 de dezembro. O Dr. R disse assim pra mim e pra minha filha: “Olha, tem que fazer uma colonoscopia.”. Aí eu voltei no consultório dele, e ele me disse que eu tinha que fazer uma cirurgia pra tirar... que era câncer mesmo! (Nina)

A necessidade de os pacientes percorrerem uma *via crucis* entre os médicos de várias especialidades, até finalmente receberem o diagnóstico e a terapêutica adequada, foi uma situação relatada pelos informantes como difícil e angustiante. Anita e Nina precisaram passar por três profissionais do sistema médico para

obter o diagnóstico e o encaminhamento para o tratamento.

Reações ao diagnóstico de câncer

Para alguns indivíduos, a mera menção da palavra “câncer” remete a percepções de dor, medo, desesperança e morte inevitável. O senso comum considera o câncer como um processo irreversível, uma sentença de morte, de mau presságio, abominável e repugnante aos sentidos⁽¹²⁾.

O que mais nos marcou na trajetória que as pessoas percorreram até o resultado final da biópsia foi a colocação de Márcio: “A doutora disse pra mim: ‘A partir de hoje, tu és um paciente oncológico’”

Entre os informantes, a revelação do diagnóstico foi obtida de formas diferentes:

Ah, quando eu soube o diagnóstico, eu não esperava que fosse tudo isso. O médico, assim, ele não me preparou psicologicamente. Na primeira consulta, ele olhou simplesmente os exames [...] Ele olhou, como ele tinha 30 anos de experiência, ele já deu o diagnóstico de câncer. Aí, aquilo tudo me surpreendeu, né... Acho que ele errou nesse procedimento. Aliás, eu acho que ele errou em vários momentos... (Janete)

Quanto às colocações da informante, um aspecto nos chama a atenção, e refere-se aos conhecimentos culturais adquiridos na sua história de vida. Independentemente de suas características socioeconômicas e educacionais, os informantes relataram a inserção de conhecimentos médicos na percepção dos sinais e sintomas dos seus corpos, e, como sujeitos ativos, e não passivos, tiveram que insistir para o seu reconhecimento pelos médicos. Esse nosso entendimento vai ao encontro da colocação de Kleinman de que não existe um modelo explicativo leigo puro para a avaliação das condições da doença, pois com ele se mesclam aspectos do modelo médico⁽⁸⁾.

As reações dos informantes à confirmação do diagnóstico de câncer foram expressas com emoção, como apontam as narrativas a seguir:

Olha, pra mim, o câncer é uma doença horrível, terrível! É uma das piores doenças. Pra mim câncer... não tem reversão, né... depende muito da sorte... [...] Bah!, no início, quando eu descobri, pra mim foi o fim, né! (Douglas)

Depois que apareceu esse câncer, ele me tirou a

¹ Para manter o anonimato, os profissionais mencionados nas falas dos entrevistados foram identificados apenas pelas iniciais de seus nomes.

paz, a tranquilidade. Eu me vi assim, parece que de cara com a morte! (Helena)

Atualmente as terapêuticas para o câncer são mais efetivas, reduzindo a morbimortalidade; porém ainda é muito presente no imaginário social a ideia do câncer como algo que cresce e destrói, uma doença intratável e misteriosa.

Pelos depoimentos, podemos apreender que, entre os pacientes, o diagnóstico de câncer levou a sentidos e expectativas contraditórios de morte e cura, fruto da construção sociocultural do câncer como doença maldita. Como tal, a sua revelação deve ficar restrita ao contexto social próximo.

Construção cultural sobre o câncer

Nas relações sociais, casos de câncer entre conhecidos e amigos ajudam a construir uma imagem de como o corpo do doente sofre com a doença e os tratamentos:

É sofrer, né... Sofrer que era o pior de tudo. Magrinho, aquela coisa toda. E morrem magrinha. Eu já vi pessoa morrer com esse problema. Triste! Então eu tinha medo de morrer magrinho, sofrer... (Douglas)

O antropólogo que realizou estudos sobre o sofrimento na doença crônica foi psiquiatra Kleinman, que o define, com base na perspectiva histórica e transcultural, como um aspecto universal da experiência humana. Esta é categorizada pelos indivíduos e grupos sociais como consequente de um problema, evento ou situação relativos a seu corpo ou espírito. Apesar de o significado cultural do sofrimento ter elaborações diferentes entre diferentes grupos sociais, a experiência do sofrimento possui características próprias da condição humana, na sociedade como um todo⁽⁸⁾. As expressões de sofrimento são expostas pelas emoções, que são construções culturais, pois são espaços que unem o corpo, a mente, a subjetividade e a atividade corporal aos ambientes macro e microsocial^(13,14).

Devido ao conhecimento das pessoas de que quem tem câncer sofre, algumas elaboram crenças de que não se deve intervir nessa doença, para não piorar a sua condição:

Aí eu fiquei meio assim... Bah!, mas fazer a cirurgia é bom? Geralmente, quando mexe nesse problema, a pessoa morre. Eu estava com medo de fazer a cirurgia e morrer. Morrer como a gente

vê as pessoas que têm esse problema. (Douglas)

E quando eles abriram ali, para fazer o exame, parece que acordou ele. Então ele se modificou, né... ele ficou cada vez maior e maior. (Maria)

A expressão popular “Mexeu, fedeu!” também foi encontrada em estudos com pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Num deles foi considerado que as pessoas pensam dessa forma, por descrença no sucesso do tratamento médico-oncológico, pois, além de o considerarem inútil, acreditam que as terapias podem estimular o desenvolvimento da doença e agravá-la. Assim, não submeter-se às terapias reforça o significado de que não se deve mexer com o destino. Essa concepção retrata uma visão teleológica do câncer como doença do acaso/destino; “mexer no destino só pode fazer feder mesmo”^(15:78).

A concepção do câncer benigno e maligno também se fez presente nas narrativas dos informantes:

[...] o que eu acho sobre o câncer é o seguinte: eu acho que agora está tudo explicado, né... Isso aqui é câncer, é curável ou não é curável, é benigno ou maligno. Então, eu atualmente penso assim, eu digo: tá, o câncer para mim é... ele pode durar mais como pode durar menos. Na realidade, um dos cânceres mais poderosos que existe na realidade é a AIDS, quer dizer, eu acho! (Márcio)

[...] câncer, geralmente, quando ele é maligno, é uma coisa que pode voltar com o tempo, né... Então, é uma doença que a pessoa tem que ter muita sorte dela não voltar (Douglas)

O conhecimento popular sobre o câncer associa-o aos termos “benigno” e “maligno”, originários da linguagem médica. Os pacientes preferem crer que o termo “benigno” significa que a doença foi descoberta a tempo e que, por isso, tem cura; em contrapartida, o termo “maligno” remete a dor, desesperança e morte, o que se confirma nas narrativas dos informantes⁽¹⁵⁾.

Ao falarem sobre o câncer, os informantes o associaram com algo com que é muito difícil lidar e ao mesmo tempo expressaram o sentido do seu poder maléfico, como disse Anita: “doença pior que tem no mundo”. As pessoas utilizam metáforas para denominar o câncer, na tentativa de obter o sentido de ordenação geral da vida; e ao designá-lo por termos fortes, impregnados de significados, revelam quanto ele

é penoso para elas⁽¹⁶⁾.

As diferentes maneiras como as pessoas se referem à doença fazem apreender que ela pode ser percebida como algo que faz parte do próprio corpo, incorporando-a ao seu *self*, ou vendo-a como algo externo ao seu corpo:

[...] eu digo, eu não me sinto doente! O único sinal, assim que fiquei traumatizada, foi de ver sangue. Saiu um pouco de sangue depois da cirurgia, dois dias, mas pouco e parou, e por um mês não saiu nada. Aí começou, e isso me deixou arrasada! Arrasada porque, parece assim, sabe, quando tu estás bem, e aí te jogam um balde de água fria! Tu sente aquilo lá dentro... E quando eu vejo o sangue, aí me lembro. Mas continua tudo igual, entende! (Nina)

Olha, parece que não está no meu corpo isso, pra mim não está em mim. (Anita)

Os sentidos sociais elaborados sobre a doença transformam-se em símbolos que determinam a dinâmica do grupo, uma vez que é nas relações entre os indivíduos que esses símbolos se definem, redefinem-se e frequentemente se confirmam e tornam-se legítimos. Dessa forma, os mitos e estigmas, as crenças populares, os sofrimentos e as experiências sobre o fenômeno da doença constituem mecanismos que modelam as relações e manipulam as identidades dos enfermos. Os estigmas e mitos estão além do espaço do corpo de quem tem a doença; devem ser considerados como um fenômeno social, em uma dimensão humana mais ampla, a da sociedade onde os pacientes vivem. Assim, os símbolos dessa sociedade atuam na discriminação do indivíduo, comprometendo a sua identidade⁽¹⁷⁾.

A compreensão dessa forma de encarar o câncer objetiva distinguir o *ser-doente* e o *estar-doente* como situações complexas, que envolvem a percepção e a interpretação da condição saúde/doença. Desse modo, o *estar-doente* refere-se a algo que, apesar de estar na pessoa, não faz parte dela. Essa condição relaciona-se à construção que o indivíduo tem de sua imagem, na qual o câncer não faz parte de si (não há incorporação), e assim ele sente-se “protegido da imagem de pessoa doente”, como referem Anita e Nina. Por outro lado, o *ser-doente* parece decorrer de uma elaboração mais abstrata da própria condição, resultante de reflexões sobre si mesmo; com isso vêm à

consciência as exigências de sua condição e a necessidade de dar conta das demandas dos seus cuidados diários. Desse modo, o cuidado necessita de uma sintonia da pessoa com o contexto em que está inserida e com o sentido que ela dá à sua experiência⁽¹⁸⁾.

Lidar com a enfermidade requer o uso de recursos para manter a integridade física e moral, para enfrentar o rompimento do *status* de pessoa sadia, quando ela se descobre doente⁽¹⁹⁾. Esta é a maneira pela qual as pessoas com uma doença grave, como o câncer, vão selecionando o que pode ser lembrado ou não, a fim de preservar os seus sentimentos de identidade, na perspectiva de adaptar-se à nova realidade de forma a suportá-la ou superá-la e a ela sobreviver⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao olharmos a construção da experiência de ter câncer na perspectiva cultural, observamos que a trajetória dessas pessoas, desde a identificação dos primeiros sinais da doença, tem características subjetivas, que são identificadas e simbolizadas segundo o conhecimento prévio sobre a enfermidade.

A teoria interpretativa da cultura representa a possibilidade de conhecer e compreender as várias maneiras como as pessoas constroem a vida e o processo de vivê-la. Nesse sentido, apreendemos que cada situação-limite da vida conduz as pessoas a buscar um sentido baseado em aspectos culturais e sociais conformes ao grupo ao qual pertencem, os quais determinam os recursos que elas devem utilizar.

As crenças sobre o câncer manifestadas em expressões como “doença terrível”, que faz “morrer em poucos dias”, algo que cresce e corrói por dentro, “se mexer nesse problema a pessoa morre”, “benigno tem cura, maligno não tem” remetem à construção social do câncer que é difundida no senso comum e observada também em estudos com outros grupos da sociedade ocidental, configurando-se numa cultura popular re relação ao câncer.

Constatamos que os significados construídos evidenciam a necessidade de ampliar o foco de atenção dos profissionais de saúde, incluindo as referências socioculturais do contexto das pessoas que vivenciam o processo de ter uma doença crônica, como é o caso do câncer. No

caso da enfermagem, isso significa uma forma de ultrapassar a dimensão biológica do cuidar. Nesse pensar, entendemos ser necessário construir, junto com as pessoas acometidas pelo

câncer, estratégias de cuidado em consonância com as suas concepções e expectativas, com vista a promover a sua sobrevivência com qualidade.

THE CULTURAL PERSPECTIVE IN THE NURSING CARE TO THE ONCOLOGIC PATIENT

ABSTRACT

This article has as proposal contemplates about the sociocultural construction of the cancer, under the point of view of the people that live the experience . It is arises of a qualitative study with theoretical-methodological approach of the interpretative anthropology and of the ethnographic method , with the participation of ten informers in radiotherapeutic treatment , of both sexes, in the age group from 34 to 80 years. The data were collected in the period of March to August of 2007 by semistructured interviews and participant observation in their homes in the South Area of Brazil. The results appeared for the path of the disease, from the first signs and symptoms, until the cultural construction of being an oncologic patient and for the demands that new identity carries. We verified that the built meanings evidence the need to enlarge the care, including the sociocultural referenes of the people's context that live the process of having cancer. In the case of nursing, that means a form of crossing the biological dimension of taking care. In this thought, we understood to be necessary to build, close to the people attacked by the cancer, care strategies that assist their cultural conceptions, with views to promote their survival with quality.

Key words: Culture. Neoplasms. Nursing. Care.

LA PERSPECTIVA CULTURAL EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO

RESUMEN

Este artículo tiene como propuesta reflejar sobre la construcción sociocultural del cáncer del punto de vista de las personas que vivencian la experiencia. Se origina de un estudio cualitativo con abordaje teórico-metodológico de la antropología interpretativa y del método etnográfico, con la participación de diez informantes en tratamiento radioterápico, de ambos los sexos, en la franja de edad de 34 a 80 años. Los datos fueron recogidos en el período de marzo a agosto de 2007 por entrevistas semiestructuradas y observación participante en su domicilio en la Región Sur de Brasil. Los resultados muestran la trayectoria de la enfermedad, desde las primeras señales y síntomas, hasta la construcción cultural de ser un paciente oncológico y las demandas que esa nueva identidad acarea. Constatamos que los significados construidos evidencian la necesidad de ampliar el cuidado, incluyendo las referencias socioculturales del contexto de las personas que vivencian la realidad de tener cáncer. En el caso de la enfermería, eso significa una forma de ultrapasar la dimensión biológica del cuidar. En este pensar, entendemos ser necesario construir, junto a las personas acometidas por el cáncer, estrategias de cuidado que atiendan a sus concepciones culturales, con vistas a promover su supervivencia con cualidad.

Palabras clave: Cultura. Neoplasia. Enfermería. Cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Sevalho G, Castiel LD. Epidemiologia e antropologia médica: a possível in(ter)disciplinaridade. In: Alves PC; Rabelo MC. Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1998. p. 47-69.
2. Brasil. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer. Estimativa 2008: Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
3. Rezende CB. Mágoas de amizade: um ensaio em antropologia das emoções. Rev Maná - Estudos Antropologia Social. 2002; 8(2): 69-89.
4. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. Interface: Comunicação, Saúde e Educação. 2002 fev; 6(10): 63-74.
5. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan; 1989.

6. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cad Saúde Pública. 1994 out/dez; 10(4): 497-504.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
8. Muniz, RM. Os significados da experiência da radioterapia oncológica na visão de pacientes e familiares cuidadores. [Tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008.
9. Hammersley M, Atkinson P. Ethnography: principles in practice. New York (US): Routledge; 2007.
10. Langdon EJ. Cultura e os processos de saúde e doença. In: Seminário sobre cultura, saúde e doença. Londrina, 2003. Anais... Londrina: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2003.
11. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da

- medicina. Bauru, SP: EDUSC; 2001. (Coleção Saúde e Sociedade).
12. Powe BD. Cancer fatalism: spiritual perspectives. *Journal Religion Health*. 1997 Summer; 36(2): 174-9.
13. Muniz RM, Zago MMF. A experiência da radioterapia oncológica para os pacientes: um remédio-veneno *Rev Latino-am Enfermagem*. [Internet] 2008 nov/dez; 16(6): 998-1004. [acesso 2009 fev 20]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.
14. Lira GV, Nations MK, Catrib AMF. Cronicidade e cuidados de saúde: o que a antropologia da saúde tem a nos ensinar. *Texto e Contexto Enferm*. 2004 jan/mar; 13(1): 147-55.
15. Redko CP. Entrega das cabeças: experiências de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – USP; 1992.
16. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
17. Magnani C, Oliveira BG, Gontijo ED. Representações, mitos e comportamentos do paciente submetido ao implante de marcapasso na doença de chagas. *Cadernos Saúde Pública*. 2007 jul; 23(7):1624-32.
18. Tavares JSC, Trad LAB. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cadernos Saúde Pública*. 2005 mar/abr; 21(2):426-35.
19. Fontes CAS, Alvim NAT. Importância do diálogo da enfermeira com clientes oncológicos diante do impacto do diagnóstico da doença. *Cienc Cuid Saude*. 2008 jul/set; 7(3):346-54.
20. Muniz, RM; Zago, MMF; Schwartz, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. *Texto contexto Enferm*. 2009 jan/mar; 18(1):25-32.

Endereço para correspondência: Márcia Maria Fontão Zago. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Av. Rio Grande do Sul, n. 1397, Laranjal, Pelotas, Rio Grande do Sul.

Recebido em: 30/09/2007

Aprovado em: 30/03/2008