

COO. ACERVO. 00082  
213828353/04

245,50

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICO**

**ASPECTOS CULTURAIS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**  
**VIVENCIANDO A QUIMIOTERAPIA.**

**ADNA RIBEIRO BRAQUEHAIS**

**ORIENTADORA: PROFA. DRA. ANA FÁTIMA CARVALHO**  
**FERNANDES**

Fortaleza – Ceará

Dezembro/2003

616.99249  
3826a  
2003  
ex. 2

ADNA RIBEIRO BRAQUEHAIS

**ASPECTOS CULTURAIS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA  
VIVENCIANDO A QUIMIOTERAPIA.**

DISSERTAÇÃO  
APRESENTADA À BANCA  
PARA OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE MESTRE EM  
ENFERMAGEM CLÍNICO-  
CIRÚRGICO.

DISSERTAÇÃO INSERIDA NA LINHA DE PESQUISA: ASSISTÊNCIA  
PARTICIPATIVA DE ENFERMAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICO EM  
SITUAÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA.

FORTALEZA – CEARÁ

B826a Braquehais, Adna Ribeiro

Aspectos culturais de mulheres com câncer de mama vivenciando a quimioterapia/ Adna Ribeiro Braquehais - Fortaleza. 2003.

51 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.  
Mestrado em Enfermagem clínico-cirúrgico.

1. Câncer de mama - quimioterapia 2. Mastectomia. 3.  
Enfermagem. I. Título.

CDD 616.99449.

**ASPECTOS CULTURAIS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA  
VIVENCIANDO A QUIMIOTERAPIA.**

Dissertação submetida à Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes (orientadora)

---

Professora Dra. Maria Salete Bessa Jorge

---

Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão

---

Profa. Dra. Lorena Ximenes (suplente)

Fortaleza, 19 de dezembro de 2003.

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu marido, Edmond, pela paciência e compreensão de sempre.

A minha filha Mariana, por me proporcionar a alegria de todos os dias.

Ao meu pai (*in memoriam*).

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela oportunidade de estar aqui.

A minha mãe, pelo exemplo de fortaleza.

As minhas irmãs e tias, pelo suporte emocional e apoio que proporcionam sempre.

A amiga Iliana, pela cumplicidade e amizade.

Ao Instituto do Câncer, pela ótima receptividade.

As mulheres mastectomizadas, que são grandes exemplos de força de vontade.

A FUNCAP, por haver acreditado nessa pesquisa através da concessão de bolsa de estudo.

Ao PROJETO SAÚDE DA MULHER, pela oportunidade de iniciar-me na pesquisa.

A professora Ana Fátima, que sempre foi mais que orientadora, e sim, amiga.

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender a experiência de vivenciar a quimioterapia no cotidiano da mulher mastectomizada. Através do estudo qualitativo, buscou-se compreender o fenômeno surgido nas falas. A coleta de dados foi obtida por meio de observação direta e entrevista com 08 mulheres mastectomizadas em tratamento quimioterápico usuárias do Instituto do Câncer do Ceará (ICC), localizado em Fortaleza, no período de julho e agosto de 2003. A análise dos dados construiu-se com a criação dos domínios culturais: encarando o tratamento, encarando o preconceito e encarando a busca da cura. Seguimos algumas fases do método proposto por Spradley e embasamento de autores etnográficos. Após a interpretação das falas das mulheres entrevistadas, observou-se que estas aceitaram a quimioterapia (QT) como tratamento de continuidade para o câncer de mama, por acreditarem na importância que este tem. Colocando o preconceito de lado, as mulheres expressaram a expectativa de buscar a cura após o término das sessões de QT. Chegamos ao final deste estudo acreditando na importância deste para a prática profissional, pois visamos buscar uma assistência de enfermagem mais humanizada, levando em consideração aspectos não só biológicos, mas também sociais, culturais e emocionais de cada indivíduo.

**Palavras-chaves:** câncer de mama, mastectomia e quimioterapia.

## ABSTRACT

The present study has as objective to understand the vivencial experience the chemotherapy in the daily of the woman mastectomized through the qualitative study, it was looked for to understand the phenomenon appeared in the speeches. The collection of data was obtained by means of direct observation and glimpses with 08 women mastectomized in treatment quimioterapic users of the Institute of Cancer of Ceará (ICC), located in Fortaleza, in the period of July and August of 2003. The analysis of the data was built with the creation of the cultural domains: facing the treatment, facing the prejudice and facing the search of the cure. We followed some phases of the method proposed by Spradley and embasamented of author's etnografics. After the interpretation of the women interviewee's speeches, it was observed that these accepted the chemotherapy (QT) as continuity treatment for the cancer of breast, for they believe in the importance that this has. Placing the prejudice sideways, the women expressed the expectation of looking for the cure after the end of the sessions of QT. We arrived at the end of this study believing in the importance of this for the professional practice, because we sought to look for an attendance of nursing more humanized, taking in consideration aspects not only biological, but also social, cultural and you move of each individual.

**Word-keys:** cancer of breast, mastectomy and chemotherapy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
1.1 Problematizando o câncer e suas repercussões na saúde da mulher.....	01
1.2 A introdução da quimioterapia como tratamento do câncer de mama.....	07
1.3 Contextualizando o tema .....	13
<b>2. A CULTURA NA PERCEPÇÃO DOS AUTORES ETNOGRÁFICOS .....</b>	<b>16</b>
<b>3. O MÉTODO ETNOGRÁFICO.....</b>	<b>21</b>
• Natureza do estudo.....	21
• Espaço de realização do estudo.....	21
• Informantes da pesquisa.....	22
• Coleta das informações.....	23
• Registro das informações.....	24
• Tratamento e interpretação dos dados.....	24
• Considerações éticas .....	26
<b>4. A CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO CULTURAL.....</b>	<b>28</b>
4.1 Apresentando as mulheres no universo cultural .....	31
<b>5. A CULTURA NO COTIDIANO DAS PESSOAS .....</b>	<b>33</b>
<b>6. A INTERPRETAÇÃO DOS DOMÍNIOS CULTURAIS .....</b>	<b>37</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Problematizando o câncer de mama e suas repercussões na saúde da mulher

O câncer, após as doenças cardiovasculares, é atualmente a segunda causa de morte no mundo ocidental, especialmente nos países desenvolvidos. Isto define a sua importância e o caracteriza como um problema de saúde pública. A sua prevalência está relacionada diretamente com o aumento da expectativa de vida da população e, em se tratando de uma doença degenerativa espera-se que a sua frequência seja maior em faixas etárias mais avançadas. Os pesados investimentos em pesquisas e o volume de trabalhos publicados na área, não só pelo aspecto médico, mas também de outras ciências como a biologia, genética, farmacologia, nutrição, entre outras, vêm confirmando nos últimos anos esta importância atribuída (AYOUB, 2000).

Os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (2003), a estimativa da incidência de câncer no país, referente às mulheres, no corrente ano, foi de 216.035 casos novos e 74.090 óbitos, sendo as neoplasias malignas de mama o principal câncer que acometeu as mulheres (21,60/100.000). No Ceará, a estimativa para 2003 foi de 1.040 casos novos de câncer de mama (BRASIL, 2003).

O diagnóstico de câncer não indica, necessariamente, um desfecho fatal. Muitas formas de câncer são curáveis; muitas outras atingem um estado de “cura”, caso sejam tratadas precocemente. Apesar desses fatos, muitos pacientes e suas famílias encaram o câncer como uma doença fatal, que é inevitavelmente acompanhada de dor, sofrimento, debilidade e emagrecimento. O sofrimento é uma resposta normal a esses receios e às perdas ou experiências antecipadas pelo paciente com câncer. Essas podem incluir perda da saúde, das sensações normais, da imagem corporal, da interação social, da sexualidade e da intimidade. O paciente, sua família e amigos podem lamentar a perda do tempo gasto com os outros; a perda dos planos futuros e não preenchidos e a perda do controle sobre o próprio corpo e as reações emocionais.

O estigma que o nome da doença carrega e o comprometimento físico que causa marca profundamente a nível emocional, alterando os aspectos psicológicos e gerando conflitos internos e externos severos na vida da mulher.

Simonton (1994) acredita que o estado emocional e mental tem uma função importante tanto no que diz respeito à suscetibilidade à doença, incluindo o câncer, como na recuperação de qualquer doença. Acredita-se também que o câncer aparece como uma indicação de problemas existentes em outras áreas da vida da pessoa, agravados ou compostos por uma série de estresses que surgem de seis a dezoito meses antes do aparecimento do câncer. O paciente canceroso oncológico reage a esses problemas e estresses com um sentimento de profunda falta de esperança e de “desistência”. Esta reação

emocional, por sua vez, dispara um conjunto de reações fisiológicas, tornando-o mais suscetível à produção de células anormais.

O alcance, as responsabilidades e os objetivos da enfermagem no câncer são tão diversos e tão complexos quanto os de qualquer especialidade da enfermagem. Existem desafios inerentes à assistência de pessoas com câncer, já que a palavra *câncer* muitas vezes é equiparada à dor e à morte, em nossa sociedade (SMELTZER; BARE, 1994).

O enfermeiro que trabalha na área oncológica deve estar capacitado a apoiar o paciente e sua família ao longo de uma gama de alterações físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais.

Difícilmente poderemos determinar quais mulheres desenvolverão câncer de mama, já que a maioria delas apresenta pelo menos um fator de risco e, muitas delas, mais de um. E mulheres sem fator de risco conhecido também desenvolvem câncer de mama.

Reconhecemos que história familiar em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) multiplica o risco em duas a três vezes de ter a doença. Se houver mais de um parente de primeiro grau com câncer de mama após a menopausa, o risco é ainda maior (FERNANDES, 2003).

As mulheres, em nossa cultura, costumam se sentir ameaçadas por doenças ou tratamentos que afetem seus encantos pessoais, como por exemplo, a mastectomia (BRAGA, 1996). Isto porque a mama é tida não só como um órgão sexual, e sim sensual, de beleza.

A cirurgia de mama foi o primeiro tratamento idealizado por Halsted em 1892. É considerada radical, pois os músculos grande e pequeno peitorais são removidos em conjunto com os gânglios axilares e a glândula mamária, sendo recomendada apenas em situações muito específicas (FERNANDES *et al.*, 1999).

A retirada da mama é um processo cirúrgico agressivo que vem acompanhado de conseqüências muitas vezes traumatizantes nas experiências de vida e na saúde da mulher acometida de câncer. As mamas, mesmo tendo seu desenvolvimento na adolescência, tornam-se um componente marcante da feminilidade, pois representa uma imagem corporal sexual; sensual; além de cumprirem a fundamental função de amamentação (RODRIGUES *et al.*, 1998).

As respostas das mulheres ao conhecimento do diagnóstico e a mastectomia variam de uma para outra, a depender de suas capacidades de adaptação às novas circunstâncias. Essa capacidade de adaptação está relacionada a diferentes fatores tais como: nível de maturidade, estrutura familiar, nível social, profissão e tipo de amputação. O papel da enfermeira junto à mulher mastectomizada é, portanto, duplamente importante, não só pelo caráter da doença oncológica, mas também pelo impacto emocional ou psicológico determinado pela mutilação (BRAGA, 1996).

É amplamente discutido pela literatura de enfermagem que o plano de assistência ao paciente deve obrigatoriamente enfatizar o preparo do mesmo para a alta hospitalar, especialmente no que se refere à reabilitação de uma cirurgia mutiladora, como é o caso da mastectomia (MAMEDE *et al.*, 2000).

É grande a necessidade que a mastectomizada sente de informar-se a respeito dos cuidados necessários depois da cirurgia: informações claras e precisas sobre as etapas de seu tratamento, a recuperação e os cuidados específicos. O esclarecimento deve ser sempre feito de maneira objetiva, sem muitos dados técnicos ou nomes científicos. Várias são as dúvidas: a nova realidade com o marido, como falar com os filhos, principalmente quando são pequenos, há mudança no perfil corporal, de hábitos corriqueiros, como o uso de roupas, próteses, etc., sobre o tratamento complementar com radioterapia e/ou quimioterapia; manifestações dolorosas após a cirurgia, o fantasma do linfedema eventual, o pavor da alopecia causada pela quimioterapia, entre outros (MIRANDA, 2000).

O diagnóstico causa um impacto também na família, que muitas vezes não sabe o que fazer com a nova informação nem como lidar com os sentimentos emergentes. Uma vez ansioso e estressado, o familiar pode apresentar dificuldades de comunicação com o paciente, com a equipe, com os demais familiares e também nas suas relações interpessoais. Certamente isto se refletirá no nível de adaptação do doente ao tratamento. Em condições ideais o paciente compartilha com seus familiares sentimentos e decisões advindos do seu processo de tratamento. Entretanto, nem sempre isto acontece, pois o sistema familiar tem um padrão de funcionamento que tende à repetição. Assim, é comum encontrarmos famílias onde os membros omitem ou distorcem dados importantes uns dos outros por motivos diversos (mas que se manifestam sob a capa da proteção), promovendo algum tipo de isolamento (MICELI, 1998).

A reabilitação da mulher mastectomizada corresponde ao processo que esta percorre ininterruptamente, a partir do momento em que é definido seu diagnóstico. O período de reabilitação implica a necessidade de ajuda; na tomada de decisões por parte das pessoas envolvidas (mulher, profissionais, família); na redescoberta do novo papel da mulher na família; na reconstrução do auto conceito e no enfrentamento das condições e problemas do cotidiano (SILVA; MAMEDE, 1998).

## 1.2 A introdução da quimioterapia como tratamento do câncer de mama

Quando o tratamento do câncer de mama não se reduz a mastectomia e necessita ser complementado com radio ou quimioterapia (QT), a mulher pode experimentar maior grau de descrença em si mesma em relação a cura ou melhora do seu estado geral. O fato de ser implementado o uso de quimioterápicos não significa que sua sentença de morte está assinada, ao contrário do que muitas mulheres pensam.

O tratamento do câncer é, talvez, tão antigo quanto à medicina ou cirurgia. Historicamente, o conceito de quimioterapia das neoplasias tem suas origens há pelo menos 1.500 anos. Na Renascença, muitas das combinações terapêuticas utilizavam metais, tais como arsênico, prata, zinco, antimônio, mercúrio e bismuto. Nenhum destes metais, no entanto, apresentava benefício real quando usado em via sistêmica, embora alguns deles apresentassem ótimos resultados quando usados topicamente em tumores cutâneos.

Foi preciso obter sucesso na quimioterapia das doenças infecciosas para encorajar a investigação da quimioterapia antineoplásica. Os primeiros agentes quimioterápicos usados terapêuticamente datam do início do século XVII, quando houve a importação da casca da “chinchona tree” proveniente dos incas peruanos, pelos jesuítas, para o controle da malária e da ipeca, isolada da casca de uma árvore brasileira usada para o controle de certos tipos de disenterias. Destes extratos, foram isolados a quinina e a emetina, respectivamente, importantes para o tratamento da malária e da disenteria amebiana, por muitas décadas.

A descoberta do antibiótico por Fleming (1928) possibilitou estudos da atuação deste grupo terapêutico contra as neoplasias. Os primeiros antibióticos descritos com atividade antineoplásica foram a actinomicina e a estreptomicina.

No final da década de 50, foram incorporados os compostos da vinca, como a vinblastina e a vincristina, ao arsenal terapêutico. Muitos estudos clínicos se seguiram para determinar o uso combinado de classes quimioterápicas distintas aplicados a tumores sólidos e hematológicos. Houve grande desenvolvimento da quimioterapia antineoplásica a partir da segunda metade deste século, o isolamento e o desenvolvimento de agentes quimioterápicos efetivos associados ao sucesso da quimioterapia combinada foram fundamentais para que a oncologia clínica pudesse tornar as neoplasias malignas potencialmente curáveis.

Para muitos tipos de tumores, a quimioterapia tem assumido papel primordial no tratamento, mas para a maioria dos tumores em adulto ainda é freqüentemente empregada com finalidade adjuvante ou paliativa. Apesar dos avanços recentes, descobertas de novas drogas e melhor controle dos seus efeitos colaterais, continua mantendo o seu estigma. Isto decorre dos efeitos colaterais conhecidos e que freqüentemente são intensos e incapacitantes.

Quando administrada antes da cirurgia, é chamada de quimioterapia de indução ou neoadjuvante. Ayoub (2000) destaca que as possíveis vantagens da quimioterapia neoadjuvante são:

- A quimiossensibilidade pode ser medida *in vivo* quando a doença ainda é mensurável.
- A quimioterapia pode ser mais efetiva quando o aporte sanguíneo para o tumor ainda não foi alterado pela cirurgia ou radioterapia.
- Os pacientes podem estar em condições físicas melhores e, portanto, mais aptos a suportar a quimiotoxicidade, previamente à cirurgia ou radioterapia.
- Com a redução da massa tumoral, poderá ser reduzida a extensão dos campos cirúrgicos e radioterápicos, diminuindo a morbidade destas modalidades terapêuticas, ou mesmo tornando tumores altamente ressecáveis.
- Os depósitos de doença microscópica metastática são menores e menos quimiorresistentes na doença recém-diagnosticada.

A quimioterapia terapêutica é aquela que se destina a ser a principal arma do tratamento, ou quando a cirurgia ou radioterapia não são as melhores escolhas terapêuticas.

Ao se avaliar a resposta terapêutica, empregam-se os termos: resposta parcial, definida pela redução parcial da massa tumoral mensurável de pelo menos 50%; e resposta completa, a redução total da massa tumoral (AYOUB,2000).

Quando falamos em quimioterapia pré-operatória ou neoadjuvante, estamos supondo que o paciente será operado e, portanto deduzindo que a quimioterapia tem a finalidade de facilitar o ato cirúrgico, não somente no sentido de tornar a cirurgia mais fácil pela diminuição do tamanho do tumor, mas também na tentativa de diminuir as chances de recorrência da doença e aumentar as possibilidades de cura do paciente

A quimioterapia predispõe uma série de efeitos colaterais dentre os quais se destacam os distúrbios hematológicos e principalmente a diminuição dos níveis imunológicos que aumenta o risco de infecção. Há alterações nos hábitos de alimentação, eliminação vesico-intestinal, higiene, entre outras necessidades humanas básicas (NHB). As condições de habitação são de extrema importância no sentido de garantir a segurança contra os riscos de infecção, feridas traumáticas, de favorecer a higiene ambiental, pessoal, conforto e atendimento das NHB afetadas. A manutenção de canais de comunicação favorece o acompanhamento do paciente e família, devendo proceder-se a orientação sobre o sistema de referência e contra-referência na área de saúde, as alternativas específicas da instituição (atendimento por telefone, grupos de estudos, ambulatórios, visitas domiciliares, home care, atendimento de emergência, centros de saúde de referência) e dos profissionais atuantes (AYOUB *et al.*, 2000).

Ayoub *et al.* apud Lima (1995), refere que a administração de quimioterápicos é uma intervenção terapêutica que basicamente dá-se ao nível do corpo biológico, mas que repercute no psico-emocional. Na enfermagem, a preocupação pelos sentimentos do paciente e a ação que o enfermeiro desenvolveria para assisti-lo, é comumente expressa sob a denominação de

apoio psicológico. Os pacientes de maneira geral, apresentam-se muito ansiosos e com dúvidas em relação a reação e aos efeitos colaterais das drogas e mesmo quanto ao protocolo de tratamento. A necessidade da quimioterapia é recebida pelo paciente e familiares como assustadora, considerando que entre eles, provavelmente ainda estão sob o impacto do diagnóstico do câncer, de uma recidiva ou aparecimento de metástases. Para a maioria a ansiedade, os sintomas depressivos e a dificuldade de compreensão, são tão acentuados que se torna difícil a aceitação da necessidade e do real significado do tratamento. Hostilidade, raiva, ansiedade e incerteza, são os sentimentos mais comumente expressados pelos pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.

Há quatro modalidades básicas deste tratamento, considerando-se o tempo de administração do quimioterápico: quimioterapia neoadjuvante, adjuvante, terapêutica e de resgate.

O tratamento constitui-se em um conjunto de drogas que atua em diversas etapas do metabolismo celular, interferindo na síntese ou na transcrição do Ácido Desoxirribonucléico (DNA), ou diretamente na produção de proteínas, agredindo as células em divisão. A célula maligna, por estar constantemente se multiplicando, torna-se um alvo fácil para essas drogas, assim como as células do sangue e mucosas (COSTA; LIMA, 2002).

Ao fazer uma indicação terapêutica, é preciso que o médico encoraje o paciente sem contudo pressioná-lo, reforçando sentimentos de culpa e fantasias de castigo. O caminho a ser traçado deve ser co-construído. Sendo assim, no caso do paciente mostrar-se relutante ou avesso ao que foi proposto, o médico poderá sempre que possível oferecer-lhe alternativas de tratamento e

tempo para pensar antes de decidir. Por outro lado, se o diagnóstico tiver sido comunicado de forma clara e empática, e a indicação terapêutica tiver sido o resultado de uma avaliação sistêmica do paciente (aspectos médicos, psicológicos e sociais), mais facilmente ele adotará uma postura de compreensão e colaboração quanto ao tratamento, que é sempre muito invasivo.

A mesma dose de quimioterapia pode ter efeito biológico e impacto clínico diferente, dependendo de quando essa terapia é administrada em relação às outras modalidades antitumorais. Por exemplo, a quimioterapia pode ser administrada antes ou depois da cirurgia ablativa, ou em ambos os períodos, ou concomitantemente à radioterapia.

### 1.3 Contextualizando o tema

Durante o contato que tivemos com clientes mastectomizadas integrantes do Projeto Saúde da Mulher, percebemos que estas são carentes de informação sobre a doença e o tratamento, necessitam também de atenção, apoio emocional ou simplesmente de alguém para ouvir suas angústias e medos.

Foi pensando nas formas de tratamento do câncer de mama, que escolhemos a quimioterapia para entender o processo cultural que envolve a mulher durante esse período. Buscamos neste estudo apreender, através do aspecto cultural, a vivência experimentada por ela durante o tratamento quimioterápico.

A bagagem cultural que essa cliente adquiriu através da educação que recebeu e da comunidade em que vive, será decisiva para uma boa compreensão da importância do tratamento indicado.

Culturalmente, a quimioterapia é taxada como inimiga do paciente ou ainda, maléfica ao organismo. Sabe-se que ela é necessária para iniciar ou complementar determinado tratamento de suma importância para o paciente por proporcionar a este redução da massa tumoral.

Miceli (1998), ressalta que há uma falta de estrutura multiprofissional para assistir aos pacientes portadores de câncer e ajudá-los a superar os percalços que a doença coloca em suas vidas. São dificuldades que vão desde

a comunicação ineficaz, encaminhamento para outros profissionais, distanciamento entre o profissional e o paciente, entre outros.

A comunicação entre os profissionais e a cliente, deverá ocorrer de forma clara e precisa sobre a patologia e a terapêutica no sentido da mulher portadora de câncer de mama entenda o que poderá acontecer dali em diante e que isso favoreça maior adesão ao tratamento e adaptação da nova situação.

A mulher dentro da família adquire um papel de “cuidadora” onde o marido, os filhos e o lar tornam-se obrigação pessoal do cuidar e ela acaba esquecendo de si própria. Deixando com que suas necessidades sejam até menos importantes que a dos outros integrantes da família.

Após as modificações que ocorreram no organismo destas pacientes, podemos nos deter às transformações de âmbito emocional com repercussões na vida pessoal, familiar, social, sexual, etc. Pensando assim vemos o enfermeiro com um papel fundamental que é dar apoio psicológico a essas pacientes, visando um suporte de enfrentamento pessoal e familiar da situação de doença durante e após o tratamento. Proporcionar um canal de comunicação efetiva é fundamental, pois a qualidade da comunicação entre o enfermeiro e a paciente é fator determinante para uma melhor assistência.

No convívio com mulheres com câncer de mama verificamos que muitas trazem implícitas as crenças e valores em relação ao surgimento do câncer e sua perspectiva de cura, o que nos remete à necessidade de se buscar entender, através da experiência de se ter câncer de mama, a influência desses valores no cotidiano das mulheres acometidas pela doença.

## 2 A CULTURA NA PERCEPÇÃO DOS AUTORES ETNOGRÁFICOS

O homem é essencialmente um ser de cultura. O longo processo de hominização, começado há mais ou menos quinze milhões de anos, consistiu fundamentalmente na passagem de uma adaptação genética ao meio ambiente natural a uma adaptação cultural. A cultura permite ao homem não somente adaptar-se a seu meio, mas também adaptar este meio ao próprio homem, a suas necessidades e seus projetos.

Se todas as “populações” humanas possuem a mesma carga genética, elas se diferenciam por suas escolhas culturais, cada uma inventando soluções originais para os problemas que lhe são colocados. O uso da noção de cultura leva diretamente à ordem simbólica, ao que se refere ao sentido, isto é, ao ponto sobre o qual é mais difícil de entrar em acordo.

Estudaremos o conceito de cultura através da primeira definição etnológica de cultura que deveu ao antropólogo britânico Edward Burnett Tylor (1832-1917):

*Cultura e civilização*, tomadas em seu sentido etnológico mais vasto, são um conjunto complexo que inclui o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, o direito, os costumes e as outras capacidades ou hábitos adquiridos pelo homem enquanto membro da sociedade (1871).

Para Tylor, a cultura é a expressão da totalidade da vida social do homem. Ela se caracteriza por sua dimensão coletiva. Enfim, a cultura é adquirida e não depende da hereditariedade biológica. No entanto, se a cultura é adquirida, sua origem e seu caráter são, em grande parte, inconscientes. Para Tylor, a hesitação entre “cultura” e “civilização” é característica do contexto da época. Se ele privilegia finalmente “cultura”, é por compreender que “civilização”, mesmo se tomada em um sentido puramente descritivo, perde seu caráter de conceito operatório desde o momento em que é aplicado às sociedades “primitivas” (CUCHE, 1999).

O contexto cultural em que o indivíduo está inserido influencia o seu modo de ser, porquanto, a cultura é vista como concedida e compartilhada e, dessa forma, sem pretensão ou planejamento individual, pois o grupo estabelece regras, códigos, valores e convenções que são compartilhadas por seus membros (GEERTZ, 1989).

Na concepção de cultura reforçada por Minayo (1996), abrange uma objetividade da espessura da vida. É um espaço onde residem as dimensões econômica, política, religiosa, simbólica e do imaginário. A cultura é o *locus* onde se articulam os conflitos, as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado. Daí a necessidade de se compreender o comportamento de pessoas quando acometidos por uma doença, pois recebem influências do meio social onde vivem.

Na compreensão de Laplantine (1991), a doença não é apenas um desvio biológico, mas é também um desvio social, pois o doente é visto pelos outros e vê a si mesmo como um ser socialmente desvalorizado. Este modo de viver a doença, como um mal absoluto que se exprime no sentimento de desvalorização social, é, pelo que sabemos, muito mais forte em nossa cultura do que em outra qualquer e, não é possível deixar de mencionar que no Ocidente o câncer e todas as doenças vistas como “mortais” são entendidas quase que unanimemente como a desgraça por excelência.

Mondin (1980) reforça a determinação social da doença, quando afirmam que o comportamento do doente expressa uma realidade sócio-cultural objetiva que deve ser decodificada. A cultura, para eles, resolve-se em última instância, em uma estrutura, um código que permanece oculta perante as ações concretas dos indivíduos. Dessa forma, entendemos que os padrões culturais que as pessoas utilizam para interpretar um dado episódio da doença são criações sociais, ou seja, são formados a partir de processos de definição e interpretação construídos intersubjetivamente.

Na busca da influência cultural na significação do câncer de mama, entendemos que a cultura envolve tanto as representações de saúde e doença como as representações terapêuticas. Para apreender estas significações, necessitamos compreender as formas sociais de expressão da doença, os métodos de prevenção e enfrentamento, e a escolha das formas de tratamento, além de hábitos, costumes e crenças que participam da vida humana, dos modos de se viver, práticas alimentares e religiosas e de certos padrões de organização familiar e comportamento que interferem positiva ou negativamente na saúde.

Com relação às mulheres, observamos que elas têm as suas crenças a respeito da razão por que o câncer de mama se desenvolve. São mitos pessoais que as levam a ter determinadas atitudes em torno do câncer ou de outras enfermidades. Estas mulheres trazem da sua socialização, especialmente e através de suas famílias de origem, concepções, valores, significações sobre determinadas doenças e as repassam para a família atual e as pessoas de seu convívio (FERNANDES, 2001).

A perspectiva antropológica não nega o caráter universal de certos fenômenos biológicos, mas procura entender o significado específico que esses fenômenos assumem numa dada sociedade, visto que os registros de normalidade e anormalidade são, antes de tudo, determinados a partir de valores.

A Antropologia tem uma peculiaridade que é seu método próprio, chamado método etnográfico. O método etnográfico de pesquisa é um conjunto de concepções e procedimentos utilizados tradicionalmente pela Antropologia para fins de conhecimento científico da realidade social. Uma abordagem qualitativa aos problemas de saúde identifica-se de várias formas com o método etnográfico.

Ao contrário dessa abordagem etnocêntrica, a abordagem etnográfica se constrói tomando como base a idéia de que os comportamentos humanos só podem ser devidamente compreendidos e explicados se tomarmos como referência o contexto social onde eles atuam. Para tanto, torna-se fundamental entendermos o ponto de vista do nativo, procurando o significado das práticas pesquisadas para os praticantes. Partindo do princípio de que as regras que

norteiam os comportamentos humanos não estão explícitas, o trabalho do pesquisador deve ser o de examinar minuciosamente os diversos aspectos da vida dos diferentes grupos sociais. Por isso, o trabalho de campo intensivo com observações *in loco* que nos conduz a ponto de vista do nativo é fundamental. Somente essa abordagem permite a construção de um conhecimento baseado no confronto entre as nossas hipóteses e as nossas observações (VÍCTORA, 2000).

Etnografia é um dos métodos qualitativos. Da Antropologia cultural, o essencial. Segundo Spradley (1979), o ponto fundamental da etnografia é a preocupação com o significado das ações e eventos para as pessoas que procuramos conhecer. Alguns desses significados são diretamente expressos pela linguagem, outros são apenas comunicados indiretamente através da palavra e ação. Em toda sociedade, as pessoas fazem uso constante deste sistema de significados para organizar seu comportamento, compreender a si mesmo e aos demais, dar sentido ao mundo. O sistema de significados constitui a sua cultura; a etnografia sempre implica buscar e construir a teoria geral desta, que tem como finalidade gerar hipóteses e viabilizar investigações subseqüentes.

A complexidade do conceito de cultura se amplia e não basta tentar o entendimento de cultura mas de culturas, interagindo e originando padrões e comportamentos sociais (VIEIRA, 2001).

### 3 O MÉTODO ETNOGRÁFICO

- **Natureza do estudo**

Optamos por um estudo qualitativo etnográfico seguindo Spradley. Este método propicia uma compreensão do fenômeno estudado, privilegia os aspectos subjetivos dos autores, suas percepções, buscando o significado do fenômeno investigado (QUEIROZ, 1998).

- **Espaço de realização**

O estudo foi desenvolvido em um hospital público de Fortaleza especializado em oncologia, o Instituto do Câncer do Ceará, mais especificamente no setor de quimioterapia.

Fazendo-se um retrospecto da sua existência, chega-se a 1944, quando o ICC foi criado como entidade filantrópica, com o intuito de prestar atendimento aos doentes de câncer que não tinham condições de buscar tratamento nos centros mais avançados, fora do estado.

A missão do Instituto do Câncer do Ceará é diagnosticar e tratar os diversos tipos de câncer, de forma efetiva, eficiente e humanizada, com utilização de recursos humanos e tecnológicos de alto nível, visando à

promoção da cura do paciente e/ou à sua maior sobrevida, com qualidade, credenciando-se como instituição de referência em assistência, formação de pessoal e pesquisa em oncologia.

No que se refere aos seus aspectos físicos, o hospital dispõe de uma área construída de 9.941,25 m<sup>2</sup>, incluindo-se nisso o prédio inaugurado em 1999 e a construção pré-existente. Nos cinco andares do prédio, dispõe-se de apartamentos individuais e enfermarias coletivas de 2,3,4 e 5 leitos, sala de recuperação, isolamento e UTI. Em cada andar funciona um posto de enfermagem, o que torna evidente a presença constante do profissional da área em, praticamente, todos os espaços do hospital. O trabalho da equipe de enfermagem é extremamente valorizado, dentro desse contexto, demandando participação em um número significativo de tarefas que vão do cuidar do paciente grave, à assistência de enfermagem em cirurgia e recuperação posterior.

Os fatores determinantes quanto à escolha do local foi o fácil acesso à instituição e a referência no tratamento oncológico que este centro possui.

#### • Informantes da pesquisa

Nos sujeitos da pesquisa incluíram-se 08 (oito) mulheres mastectomizadas em tratamento quimioterápico, onde a amostragem foi definida quando houve a saturação teórica para o desvelo do fenômeno.

Para que estas fossem inclusas no estudo teriam que cumprir os seguintes quesitos:

- ser usuárias do Instituto do Câncer do Ceará (ICC);
- ter realizado a mastectomia neste local nos primeiros seis meses do ano de 2003;
- estar em tratamento quimioterápico primário, ou seja, a indicação da QT fosse por causa do câncer de mama;
- e consentir em participar da pesquisa.

As integrantes foram escolhidas após consulta no prontuário para certificarmos da patologia.

#### • Coleta das informações

A coleta das informações realizou-se no período de julho e agosto de 2003. As entrevistas realizaram-se nas salas onde são aplicadas as QT.

Utilizamos a observação direta e a entrevista como recurso para a coleta dos dados, juntamente com a aplicação da seguinte pergunta norteadora: Como é para a senhora fazer quimioterapia após a mastectomia?

Ludke & André (1986) afirmam que a entrevista tem uma grande vantagem sobre outras técnicas utilizadas na pesquisa etnográfica, pois

permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos.

#### • Registro das informações

As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes após autorização das colaboradoras e transcritas na íntegra. Fizemos a caracterização do cenário e das integrantes do estudo, para que a descrição etnográfica estivesse realmente presente em todas as etapas do estudo.

#### • Tratamento e interpretação dos dados

A interpretação das informações captadas recebeu um tratamento qualitativo.

Agrupamos as falas correlatas de acordo com o seu conteúdo e pertinência, a partir daí emergiram três categorias, ou seja, três domínios que denominamos de: Encarando o tratamento, Encarando o preconceito e Encarando a busca da cura.

Como subsídio para análise utilizamos apenas a primeira e segunda fase do método etnográfico de Spradley (1980), que propõe exame sistemático dos dados para a determinação das partes de uma cultura, a relação entre essas

partes e a relação das partes com o todo e o embasamento de autores da antropologia.

O primeiro nível de análise de domínios inicia-se a partir das anotações gerais obtidas das observações e pergunta norteadora. Um domínio representa uma categoria simbólica do significado cultural, incluindo categorias menores. Uma categoria é uma classificação de objetos (coisas) diferentes e que são considerados como se fossem equivalentes. Assim sendo, a categoria de significado cultural é um tipo de situação ou evento de uma cultura que contém categorias menores. Este primeiro nível de análise mostra padrões que ajudam o pesquisador a formular questões estruturais e descritivas complementares, numa fase de coleta de dados subsequente.

A estrutura do domínio é constituída de três elementos básicos:

- Termos incluídos ou nomes para as categorias menores.
- Termos cobertos ou nome para o domínio.
- Relação semântica entre os termos, incluindo o termo cultural.

O próximo passo é a construção das taxonomias. Isto quer dizer que os dados informados pelas mulheres foram organizados numa hierarquia. "Taxa" significa arranjar, classificar, com base no conhecimento próprio dos informantes. A taxonomia tem a finalidade de conduzir a análise em profundidade e demonstrar a organização interna de um domínio. Ela é validada pela observação livre e questionamento etnográfico. O momento da análise taxonômica é de escolha para o pesquisador: ou ele desenvolve uma análise superficial de vários domínios, ou conduz análise em profundidade de

poucos. As duas abordagens apresentam controvérsia. Spradley (1979) sugere, como medida prática, o estudo em profundidade de alguns, e os demais autores de modo superficial.

A última etapa de análise corresponde à temática. Temas culturais são conceituações que ligam os domínios, dando uma visão holística da cultura em estudo. A referência de uma idéia em mais de um domínio sugere a possibilidade de se tratar de tema cultural. Os temas são desvendados através de um processo denominado por Spradley (1979), de “imersão”, caracterizado por um contato intenso do pesquisador com os dados e através da verificação com os informantes (GUALDA, 2002).

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas, visando à formulação dos domínios culturais, ou seja, uma categoria simbólica do significado cultural.

#### • **Considerações éticas**

Em relação às questões éticas, seguimos a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi analisado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará que seguiu a seqüência descrita a seguir:

- 1°. Solicitação e autorização à instituição para realização do estudo;
- 2°. Encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação do projeto;
- 3°. Solicitação e anuência das mulheres integrantes do estudo ao termo de consentimento livre e esclarecido, enfatizando a não obrigatoriedade de participação no estudo.

Para manter o anonimato de cada mulher, optamos neste estudo indicar nomes de santas da Igreja Católica para a descrição das mulheres.

Em anexo, encontram-se os Termos de Consentimento Informado (instituição) e Livre e Esclarecido (das participantes).

#### 4 A CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO CULTURAL

O setor de quimioterapia situa-se no 5<sup>o</sup>. andar do prédio principal do Instituto do Câncer do Ceará. É composto por duas salas para aplicação da quimioterapia (QT) onde cada sala tem 10 poltronas. Há também uma sala de emergência com 4 leitos, posto de enfermagem, 4 consultórios, a farmácia de manipulação da QT e 5 leitos da pediatria.

Havia poucos pacientes nesse dia . Era uma quarta-feira pela manhã, final de junho. A enfermeira responsável pelo setor nos disse que a escassez de pacientes devia-se ao número de aplicações de QT que estes estão fazendo e dos médicos que estavam atendendo.

Os médicos haviam iniciado o atendimento. Os prontuários dos pacientes que iam ser atendidos já tinham sido separados pela secretária do setor de acordo com a ordem de chegada destes e entrega do cartão de retorno apazado para aquele dia.

Fomos até a entrada de uma das salas e percebemos que as poltronas eram confortáveis. As duas salas reuniam homens e mulheres, e havia vários tipos de patologia. O que os agrupava era o dia de retorno para o oncologista clínico que prescrevia a QT.

Como provinham de suas casas, para administração ambulatorial da quimioterapia, os pacientes estavam vestidos com suas próprias roupas. A

identificação destes era feita visualmente onde à caquexia ou um lenço na cabeça para disfarçar a alopecia era percebido.

Havia televisão nas salas e estas exibiam um desenho infantil. Os pacientes recebiam o tratamento injetável e a maioria deles estava de olhos fechados recostados na poltrona. Alguns deles olhavam para suas respectivas medicações colocadas em frascos de soro e observavam o gotejamento delas.

Durante as sessões, que duram em média 4 horas, é servido um lanche à base de suco de frutas com biscoitos, bolo ou pão.

Percebemos que as janelas das salas davam uma vista para o bairro onde se observavam predominantemente casas. Uma brisa amena entrava por ali.

Os funcionários usavam a farda da instituição, gorro e máscara. Havia uma voluntária em uma das salas que ajudou uma senhora que andava com auxílio e que acabara de receber a QT, a se dirigir aos elevadores.

Sentamos em um dos bancos que há nos corredores e olhamos ao redor: iluminação mais natural possível, já que o teto é de fibra transparente; e a cores das paredes transmitiam a sensação de tranquilidade e limpeza, no intuito de tornar o ambiente agradável.

Vimos uma paciente aguardando a secretária sair da sala para entregar-lhe o cartão de retorno. Ela estava de lenço na cabeça, apesar de alguns fios aparecerem por debaixo deste. Dirigimo-nos a ela e perguntamos o que ela estava esperando. Contou-nos que ia tomar o 6º. ciclo de QT para o tratamento

do câncer de mama que ainda não tinha sido operado devido ao tamanho do tumor. Disse que fazia acompanhamento com um mastologista conhecido e que depois de várias biopsias é que tinha dado positivo para o câncer de mama.

Apesar da demora no diagnóstico, estava confiante no tratamento e tinha convicção que estava recebendo a melhor assistência possível, mesmo tendo que passar pelos efeitos colaterais da QT.

Após essa primeira visita, fomos à instituição, e mais especificamente ao setor de quimioterapia por quatro vezes para ouvir as mulheres mastectomizadas que ali faziam aplicação de quimioterápicos.

#### 4.1 Apresentando as mulheres no universo cultural

Para uma melhor apreciação e compreensão dos resultados, achamos importante trazer um pouco de cada entrevistada. Os nomes são fictícios e foram colocados em homenagem a algumas santas da Igreja Católica:

**Terezinha**, 38 anos, vive com o marido e os três filhos. Tem boa estrutura familiar e total apoio e cuidado da família em relação a sua reabilitação. É dona de casa, porém realiza poucas atividades domésticas. Vive o dia de hoje com toda a intensidade. Uma vez por semana, visita o ICC como voluntária.

**Bárbara**, 47 anos, refere que seu casamento já não ia bem quando surgiu a doença e que a mastectomia culminou em divórcio. Mora com um casal de filhos e é comerciante autônoma. Tem o apoio da família que mora em outro estado, de amigos e filhos.

**Isabel**, 59 anos, é casada, mora com o marido. Tem duas filhas casadas que lhe dão muita assistência. É dona de armarinho. Procura ocupar o tempo com sua atividade comercial.

**Joana**, 43 anos, solteira, mora com os pais e uma irmã. A família é presente e acompanha de perto o tratamento. Afastou-se da profissão para tratar-se.

**Clara**, 41 anos, casada, mora com o marido e os filhos adolescentes. O marido faz o serviço braçal em casa. É dona de casa.

**Luzia**, 62 anos, solteira, mora com a mãe idosa e com uma irmã que é viúva. Tem apoio dos outros membros da família. É aposentada.

**Efigênia**, 53 anos, solteira, é professora. Está afastada de seus afazeres, mas realiza um trabalho voluntário, no interior do Estado, com a comunidade em que vive. Mora com a família e tem bom relacionamento com os mesmos.

**Ana**, 65 anos, casada, é dona-de-casa. Tem total assistência da família. O marido está em tratamento para neoplasia da próstata. Não exerce outra atividade fora do lar.

Pudemos observar que as mulheres, independente do estado civil, apresentam boa dinâmica familiar contando com o apoio dos integrantes desta. Isso mostra que a desmistificação da doença e a acreditação no tratamento tornou-se realidade e que a família exerce importante papel no suporte emocional à paciente.

## 5 A CULTURA NO COTIDIANO DAS PESSOAS

Se, primeiramente, a cultura foi vista como uma forma de expressão das necessidades biológicas do homem (proposta evolucionista), atualmente é consenso entre os antropólogos que a cultura deve ser entendida como o conjunto de regras que orienta e dá significado às práticas e à visão de mundo de um determinado grupo social.

A cultura é tomada, assim, por seu caráter simbólico. Ela é a forma que determinado grupo social estabelece para classificar as coisas e atribuir-lhes um significado. E, nessa concepção, a cultura é sempre arbitrária, pois cada grupo pode atribuir um significado diferente a um mesmo objeto ou fenômeno. É uma espécie de código que um determinado grupo compartilha, sendo que as diferentes dimensões da cultura se encontram logicamente entrelaçadas e compõem este código que é a própria cultura (VÍCTORA, 2000).

Queiroz (1998), considera que os fatores culturais são relevantes ao processo educativo na área da saúde. É necessário levar em consideração o contexto cultural dos indivíduos ou grupos nos aspectos de tratamento, cura e outros inerentes à saúde-doença. Embora sejam entendidos vários conceitos e percepções do cuidar holístico, muitos profissionais ainda assumem posturas curtas e lentas, sem valorização destes aspectos. A educação é o instrumento básico que traz transformação social por meio de informações e experiências sobre a saúde. Aprender significa mudar de comportamentos, vivenciar novas experiências.

Para Helman (1994), “tanto a apresentação da doença (*illness*) quanto a reação dos outros a mesma são, em grande parte, determinadas por fatores socioculturais. Cada cultura possui sua linguagem de sofrimento própria, que faz a ligação entre as experiências subjetivas de mal-estar e de seu reconhecimento social”.

Na pesquisa de Deitos e Gaspary (1997), afirma-se que a vivência do câncer é mais disruptiva para o paciente e seus familiares do que em outras doenças, pois “difícilmente existe outra doença que induza tantos sentimentos negativos em qualquer um dos seus estágios: o choque do diagnóstico, o medo a cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, os efeitos da rádio e quimioterapia, o medo da dor e de encarar uma morte indigna”.

A mulher que recebe o diagnóstico do câncer de mama, tendo que aceitar a mastectomia como tratamento indispensável, mergulha em si mesma e busca forças para absorver esse novo “eu”, principalmente o “eu” físico. O meio em que ela foi criada e que ela vive, favorecerá de forma positiva ou não a aceitação da nova condição. E quando ainda há necessidade de quimioterapia, as mudanças são maiores: o uso de máscara para auto-proteção, a alopecia, as náuseas e vômitos, etc.

O processo de adoecer envolve experiências subjetivas de mudanças físicas e/ou emocionais. Estas mudanças são confirmadas pelas outras pessoas que convivem com estas mulheres.

Quando a mulher é submetida a mastectomia, ela pode ter a reconstrução imediata da mama ou não e poderá também utilizar de prótese,

guardando para si sua nova imagem. Porém, a quimioterapia causa uma exposição maior da nova apresentação, pois a alopecia é um efeito colateral comum nesse tratamento.

Numa sociedade como a que vivemos atualmente, onde o culto ao corpo é supervalorizado, quem é fisicamente diferente, tende a ser excluído ou a excluir-se. Daí a importância do nosso estudo que visa a compreensão de vivenciar a quimioterapia seguida da mastectomia, sob um enfoque antropológico.

Cada sociedade ou cada grupo social imprime marcas em seus membros, tanto através de inscrições físicas (tatuagens, circuncisões, modelamento de determinada parte do corpo, etc.), como estéticas (roupas, acessórios) e comportamentais (forma de andar, sentar, repousar, etc.). O pertencimento social é, dessa forma, corporalmente inscrito, podendo ser identificado pelos demais membros daquela sociedade. Essas marcas corporais podem corresponder a diferentes situações – como classe social, faixa etária, etnia, posição social, etc. – e, nesse sentido, indicam estados passageiros ou permanentes dos indivíduos.

É importante para o profissional que deseja pesquisar sobre uma determinada doença, numa sociedade, perceber e entender a cultura vigente: valores, princípios e lógicas em que o indivíduo está inserido, bem como examinar a organização social de saúde e doença naquela cultura (FALCÃO, 2003).

Mas as representações de saúde e doença de uma dada cultura somente assumem sentido quando relacionados ao contexto mais amplo no qual se inserem. Eles participam da visão de mundo daquele grupo e é em relação a essa que elas adquirem coerência e que sua lógica se revela. Ao pensar sobre saúde e doença, os indivíduos estão pensando sua relação com os outros, com a sociedade, com a natureza e com o mundo sobrenatural (VÍCTORA, 2000).

## 6 A INTERPRETAÇÃO DOS DOMÍNIOS CULTURAIS

Situações novas e inesperadas, como doença e internação parecem envolver medo, e são exemplificadas como situações difíceis de enfrentamento, devido ao receio de não saber o que poderá lhe acontecer. Um outro fator que parece interferir na percepção da pessoa enferma/sadia é não ter com quem compartilhar suas emoções, resoluções e inseguranças em consequência do não envolvimento do profissional que o assiste e que seja capaz de compreender os seus sentimentos. Quando a pessoa enferma não identifica apoio externo para respaldá-la em suas inseguranças, percebe-se só, tendo que buscar sozinha os meios para assumir a responsabilidade de tomar suas próprias decisões, gerando assim o medo (FLORES e org., 1996).

Sempre utilizando a pergunta norteadora do meu estudo, indaguei para cada uma das oito mulheres entrevistadas: como é para a senhora fazer quimioterapia após ter retirado a mama?

Na busca da compreensão da vivência da quimioterapia, as mulheres colocaram a significação cultural na visão delas.

## **Domínio cultural 1: ENCARANDO O TRATAMENTO**

“O Dr. X me explicou como ia ser tudo logo na primeira consulta após a cirurgia. Por isso fiz a quimioterapia já consciente de que era parte do meu tratamento.” **Terezinha**

“O doutor disse que faz parte do tratamento.” **Bárbara**

“A gente faz porque tem de fazer”. **Ana**

“Não é bom não (as sessões da QT), mas quero ficar boa de novo” **Efigênia**

Percebe-se através das falas das mulheres submetidas à quimioterapia pós mastectomia, que elas encaram a QT como a continuidade do tratamento para o câncer de mama. O conhecimento ou não das drogas utilizadas e os efeitos colaterais que estas produzem não influíram na aceitação, e que a expectativa para o sucesso do tratamento é grande.

A cultura está presente tanto nas representações de saúde e doença como nas representações terapêuticas. Para apreender essas significações, necessitamos compreender as formas sociais de expressão da doença, os métodos de prevenção e enfrentamento, e a escolha das formas de tratamento, além dos hábitos, costumes e crenças que participam da vida humana, dos modos de se viver, práticas alimentares e religiosas e de certos padrões de organização familiar e de comportamento que interferem positiva ou negativamente na saúde (FERNANDES, 2003).

A consciência de que o câncer não é o fim da vida, de que a vida continua e de que é preciso dar-lhe um novo sentido, passa a ser a razão do viver. Porém, salienta-se nestas falas a resignação de não poder escolher além de não conhecer, de ter que aceitar e estar pronta para o que precisar ser submetida enquanto tratamento.

No processo de educar para o autocuidado individual e/ou familiar, se faz necessário conhecer o ser humano e motivá-lo a participar desta ação, aproveitando o seu potencial. Estas observações coincidem com as expressas por Leon (1996), quando este diz que uma ação eficiente e permanente em saúde requer o conhecimento do indivíduo em suas circunstâncias. Para o autor, o conhecimento do indivíduo implica compreender suas crenças, seus hábitos e as suas circunstâncias. Neste mesmo sentido, defende a premissa de que não se pode cuidar da saúde de outro, se este não quer fazê-lo por si. Assim, é necessário, além de conhecer os aspectos que condicionam o modo de vida das pessoas, motiva-las para ações positivas que elevem o nível de saúde.

Bandeira (2002), explica que comportamento e adaptação podem ser características culturais de um povo, enquanto a criatividade, a liberdade, a imaginação e o desejo poderiam ser de um outro. O equilíbrio entre esses aspectos é desafio aos indivíduos e grupos, na medida em que encaram a cultura não apenas como um fato, mas como um projeto de que tem a responsabilidade.

O adoecer, em nossa cultura, aponta para essa falta de cuidado que o indivíduo mostrou para consigo mesmo, por não ter seguido regras e normas

estabelecidas, tais como se alimentar bem (todos os dias sai uma lista dos alimentos que evitam ou provocam câncer), praticar exercícios, ter boa conduta de higiene, evitar problemas emocionais, estresse (LAPLANTINE, 1991).

As interpretações da doença e da cura são normas culturais eminentemente relativas e que vão sendo modificadas ao longo da História.

Para Sant'anna (2000), as três primeiras décadas do século XX foram marcadas pelas normas e regras dos higienistas, que afirmavam que o surgimento do câncer era considerado contagioso, visto como um castigo. Depois interpretado como um mal redentor.

As mulheres que sofriam de câncer de mama eram mártires. Deviam sofrer e enfrentar a doença em silêncio e com dignidade, mesmo que o corpo tivesse grandes ulcerações e odores fétidos. Elas estavam preparadas para agüentar o sofrimento e a “purificação”.

Fica explícito nas falas que as mulheres encontram-se sem alternativas, e que não há o que fazer a não ser submeter-se ao tratamento prescrito. O médico encontra-se como o retentor do conhecimento, porém nem sempre observamos a informação dessas pacientes sobre o seu próprio tratamento.

## Domínio cultural 2: ENCARANDO O PRECONCEITO

“Tirei a mama e iniciei a quimio. Um dia, fui à igreja. Eu estava careca. Sentei no banco e a mulher que estava do meu lado se levantou na mesma hora”. **Isabel**

“Não me incomodo com o tratamento, nunca faltei um dia. Só quando meu cabelo caiu, fiquei com vergonha.” **Joana**

Pior do que o câncer, seja onde for que ele apareça, é o preconceito: uma doença que agrava ainda mais o que, por si só, já é motivo de muito sofrimento. O entendimento dessa questão passa, necessariamente, pela compreensão do contexto sócio, histórico e cultural, dentro do qual ocorre.

Principalmente para a mulher, onde a valorização da beleza é realidade no nosso dia-a-dia.

Desde a Antigüidade, principalmente a partir dos gregos, o ideal de beleza criou um paradigma da perfeição, embasado em características físicas, de proporções certas, encontrando na expressão olímpica o seu apogeu. O renascimento consolidou a estética helênica e estabeleceu valores que perduram até hoje (FALCÃO, 2003).

Gualda apud Velho (1994), diz que na sociedade contemporânea, lidamos com a complexidade e a heterogeneidade nos seus diversos níveis, dimensões e combinações. Por vivermos em uma sociedade de massas,

sofremos influência dos meios de transporte e comunicação e dos avanços tecnológicos, que são heterogêneos e multidirecionais, criando interpretações diferenciadas para os diversos eventos. Além disso, os indivíduos têm mobilidade entre os diversos papéis sociais, o que propicia a criação de “mapas dinâmicos de múltiplos planos” e em constante mudança.

Cada ato humano tem um significado, é “o modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais e mesmo as posturas corporais são assim produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura” (FLORES e org., 1996)

O fato de ser fisicamente diferente das outras pessoas, pode ter um significado diferente para cada mulher. Cada uma encara e enfrenta a nova realidade de acordo com a cultura que está incutida na sua maneira de ser.

Entende-se o corpo no aspecto cultural, evidenciando que tudo no corpo se desenvolve a partir da imagem que uma cultura faz dele, acreditando um corpo imaginário como parte mais sólida e interior (BANDEIRA, 2002).

Helman (1994) afirma que o termo cultura traduz um conjunto de princípios herdados pelo indivíduo de uma determinada sociedade, e pode ser implícito ou explícito, ou seja, “a cultura pode ser considerada como uma ‘lente’ herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele” (FALCÃO, 2003).

sofremos influência dos meios de transporte e comunicação e dos avanços tecnológicos, que são heterogêneos e multidirecionais, criando interpretações diferenciadas para os diversos eventos. Além disso, os indivíduos têm mobilidade entre os diversos papéis sociais, o que propicia a criação de “mapas dinâmicos de múltiplos planos” e em constante mudança.

Cada ato humano tem um significado, é “o modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais e mesmo as posturas corporais são assim produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura” (FLORES e org., 1996)

O fato de ser fisicamente diferente das outras pessoas, pode ter um significado diferente para cada mulher. Cada uma encara e enfrenta a nova realidade de acordo com a cultura que está incutida na sua maneira de ser.

Entende-se o corpo no aspecto cultural, evidenciando que tudo no corpo se desenvolve a partir da imagem que uma cultura faz dele, acreditando um corpo imaginário como parte mais sólida e interior (BANDEIRA, 2002).

Helman (1994) afirma que o termo cultura traduz um conjunto de princípios herdados pelo indivíduo de uma determinada sociedade, e pode ser implícito ou explícito, ou seja, “a cultura pode ser considerada como uma ‘lente’ herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele” (FALCÃO, 2003).

Assim, o comportamento da mulher mastectomizada em tratamento quimioterápico é influenciado por princípios herdados do meio onde esta foi criada.

Apesar da importância que a QT tem enquanto tratamento a nível biológico, tornou-se aparente através das falas acima que precisa haver uma assistência mais holística a essas mulheres, não visualizando só o aspecto físico, mas também o psicológico e emocional. Essa assistência perpassa as orientações sobre os efeitos colaterais que as drogas administradas possam vir a causar e podem aprofundar-se ao simplesmente ouvir o que a paciente tem para falar.

### **Domínio cultural 3: ENCARANDO A BUSCA DA CURA**

“A gente faz é para ficar curada. Quero é ficar boa, com saúde de novo” **Clara**

“A gente faz é para ficar boa” **Luzia**

“Acho que o que importa é ficar curada” **Efigênia**

“Tenho muita fé que vou ficar boa minha filha e estou na luta todo mês (referindo-se a QT)” **Ana**

A expectativa de cura gerada pelas mulheres entrevistadas ficou aparente nas citações. Por mais que a QT cause importantes efeitos colaterais que reflitam na auto-imagem e auto-estima dessas clientes, o objetivo maior é o bem-estar.

É na família que são aprendidas e repassadas a primeira atitude de cuidado à saúde, que são influenciadas pelo contexto sócio-cultural e ambiental em que estão inseridas. Portanto, nos cuidados de saúde, a família leva consigo essa bagagem cultural que, de certo modo, guia as condutas a serem tomadas (QUEIROZ, 1998).

O que mais aflige no câncer, além de todo o sofrimento que acompanha o tratamento, é a possibilidade de que, depois de tanta luta e sofrimento, ainda pode-se perder a batalha para a morte.

O sofrimento vivenciado pelo indivíduo, segundo Morin (2000), é causado, principalmente, pela consciência que ele tem da própria morte. A

morte significando a aniquilação do corpo e o desaparecimento total do sujeito.

Para Morin (2000), a fé ajuda a combater e a suportar a crueldade do mundo; ela “dá ao espírito humano segurança, confiança e esperança; preenche-o da certeza de uma verdade salvadora que recalca a corrosão da dúvida”.

Para suportar tal realidade, o indivíduo ou nega a morte ou passa a acreditar em ressurreição, reencarnação e apega-se a religião como forma de salvamento divino.

A fé na cura é realidade entre as entrevistadas independente da religião que cada uma esteja inserida. A cura está atrelada à sobrevivência, ao retorno das atividades de vida diária, a expectativa de alcançarem objetivos, e enfim, gozar de uma vida normal como os outros integrantes da sociedade em que se participa.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivenciar o câncer de mama não é incomum. Diferente do que se pensa, a faixa etária das mulheres atingidas vem diminuindo. Hoje, as informações transmitidas pela mídia procuram estimular o auto-exame da mama como rotina entre as mulheres e salientar o caráter de prevenção que este tem.

O diagnóstico do câncer de mama em uma mulher pode provocar uma gama de reações que perpassam o plano fisiológico.

Quando é necessária uma mastectomia, quer seja parcial ou radical, não obrigatoriamente a mulher precisa submeter-se a quimioterapia. Porém, quando a QT se faz necessária, principalmente as mudanças físicas são mais percebidas por serem visíveis.

A história de vida dessa mulher, sua educação, costumes, modo de encarar as coisas, enfim, sua bagagem cultural serve como suporte para um melhor enfrentamento da nova situação.

Ficou claro que, com a caracterização das mulheres participantes da pesquisa, a família esteve presente fornecendo indispensável suporte para a aceitação do tratamento.

Após a interpretação das falas das mulheres entrevistadas, observou-se que estas aceitaram a QT como tratamento de continuidade para o câncer de mama, por acreditarem na importância que este tem.

Colocando o preconceito de lado, as mulheres expressaram a expectativa de buscar a cura após o término das sessões de quimioterapia.

Chegamos ao final deste estudo acreditando na importância deste para a prática profissional, pois visamos buscar uma assistência de enfermagem mais humanizada, levando em consideração aspectos não só biológicos, mas também sociais, culturais e emocionais de cada indivíduo.

## 8 REFERÊNCIAS

AYOUB, A. C. *et al.* **Bases da enfermagem em quimioterapia.** São Paulo: Lemar, 2000.

AYOUB *et al.* *apud* LIMA, R.A.G. de. **A enfermagem na assistência a criança com câncer.** São Paulo, AB, 1995.

BANDEIRA, M. N. C. **Cultura e vida do estomizado e a participação da família no cuidado.** Tese de doutorado. Fortaleza, 2002.

BRAGA, A. C. F. **Depressão em mulheres mastectomizadas.** Dissertação de mestrado. Salvador, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por câncer no Brasil.** São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/index.cfm>. Acesso em 17 mai. 2003.

COSTA, J. C.; LIMA, R. A. G. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, 10 (3): 321-333, mai/jun 2002.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais.** Bauru: EDUSC, 1999.

DEITOS, T; GASPARY, J. Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre o paciente e familiares. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 43 (2), p. 117-125, 1997.

FALCÃO, M. P. **A descoberta de si nos outros: um novo significado para a vida após a experiência do câncer de mama.** Dissertação de mestrado. Fortaleza, 2003.

FERNANDES, A. F. C. **Câncer de mama: influência da cultura no enfrentamento e no processo da cura da doença para um grupo de mulheres.** Tese de Doutorado. Ribeirão Preto, 2001.

FERNANDES, A. F. C. **Câncer de mama: mulheres que sobreviveram.** Fortaleza: Ed. UFC, 2003.

FERNANDES, A. F. C. **Transtornos vitais no final do século XX: Diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase,** Fortaleza, Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. Cap. 9, 73-79p.

FLORES e org. **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem.** Florianópolis: Papa-livro, 1996.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço a minha natureza: a expressão cultural do parto.** Curitiba: Ed. Maio, 2002.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** Tradução Eliane Mussnich. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

LAPLANTINE, F. C. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LEON, V. **Mulheres que venceram.** São Paulo: Summus, 1996.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E . D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAMEDE, M. V. et al. Orientações pós mastectomia: o papel da enfermagem. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, 46 (1): 57-62, jan/mar 2000.

MICELI, A. V. P. Pré-operatório do paciente oncológico: uma visão psicológica. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, 44 (2): 131-137, abr/jun 1998.

MIRANDA, T. C. C. Papel do grupo de auto-ajuda no câncer de mama. **Rev. Bras. de Mastol.**, Rio de Janeiro, 10 (4): 192-198, out/dez 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MONDIM, B. **O homem que é ele? Elementos da Antropologia filosófica**. São Paulo: Paulus, 1980.

MORIN, E. **O método 5: a humanidade da humanidade**. Porto Alegre: Sulina, 2002.

RODRIGUES, D. P. *et al.* O suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas. **Rev. Bras. de Cancerol.**, Rio de Janeiro, 44 (3): 231 – 238, jul/set 1998.

SANT'ANNA, D. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M (Org.) **A mulher e o câncer**. Campinas: Livro Pleno, 2000.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. **O conviver com a mastectomia**. Fortaleza, Ed. Gráfica, LCR, 1998.

SIMONTON, O. C. **Com a vida de novo**. São Paulo: Summus, 1994.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. v. 1, 7<sup>a</sup> Ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

SPRADLEY, J. P. **The ethnographic interview**. Orlando: Holt Rinehart and Winston, 1979.

VÍCTORA, C.G. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VIEIRA, L. J. E. de S. **Julgar e compreender:contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada**. Tese de doutorado. Fortaleza, 2001.

QUEIROZ, M. V. O. **Só a mãe conhece o filho: um estudo na etnoenfermagem**. Dissertação de mestrado. Fortaleza, 1998.

## **ANEXOS**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (INSTITUIÇÃO)**  
CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE OS ASPECTOS  
CULTURAIS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA  
VIVENCIANDO A QUIMIOTERAPIA.

Ofício 01/2003

Fortaleza, de

De : Adna Ribeiro Braquehais (Enfermeira, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará).

Estou realizando uma pesquisa intitulada de: aspectos culturais de mulheres com câncer de mama vivenciando a quimioterapia, elegendo o Instituto do Câncer do Ceará como ambiente propício para realização da pesquisa, vindo solicitar sua valiosa colaboração no sentido de consentir que realizemos esta pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida no período de julho e agosto de 2003, em duas etapas:

1. Exploração: aquisição de conhecimentos extensivos e profundos do investigador mediante interação investigador-sujeitos sociais, sendo realizada entrevista.
2. Inspeção: análises diretas do material coletado, consistindo de análise minuciosa das falas das entrevistadas.

Pelo presente, informamos que todos os participantes serão esclarecidos sobre o projeto de pesquisa (tema, problematização, objetivo, metodologia, cronograma) e que o consentimento informado tanto dos sujeitos sociais quanto dos representantes legais das instituições envolvidas, é um documento que dá autonomia ao participante para fazer parte ou não da pesquisa, assim

como para sair no momento em que se considerar prejudicado ou por quaisquer situações que lhes convierem; clarificação de possíveis benefícios individuais e coletivos que poderão advir com a pesquisa; garantia de impedimento de dados previsíveis; possibilidade de relevância social no campo do trabalho com famílias; comunicação dos resultados às autoridades de saúde, equipe de saúde, sujeitos sociais participantes da pesquisa e sociedade. Diante do exposto, solicitamos vosso consentimento para que possamos realizar esta pesquisa científica de acordo com as normas éticas e legais preconizadas pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Contando com a sua colaboração, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

---

Adna Ribeiro Braquehais  
Mestranda em Enfermagem

Para: Dr. Marcelo Gurgel

Diretor do Instituto do Câncer do Ceará.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE OS ASPECTOS**  
**CULTURAIS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**  
**VIVENCIANDO A QUIMIOTERAPIA.**

Estou realizando uma pesquisa intitulada de: aspectos culturais de mulheres com câncer de mama vivenciando a quimioterapia. Para isto, pedimos sua colaboração, participando da pesquisa quando solicitada.

Durante a pesquisa realizaremos entrevista com visitas ao local do tratamento e conversaremos sobre a doença.

O objetivo deste estudo visa à compreensão do processo da quimioterapia na mulher mastectomizada, para que possamos melhorar ainda mais o seu atendimento.

Deixamos claro que esta pesquisa é independente da assistência prestada a \_\_\_\_\_ e em nada influenciará, caso a senhora não esteja de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas no período de julho e agosto de 2003, são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Caso tenha alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la. Qualquer dúvida posterior, meu telefone é 4592808 (casa) e 91313700.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2003.

Nome da entrevistada: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Adna Ribeiro Braquehais