Maria Elisa Wotzasek Cestari

A INFLUÊNCIA DA CULTURA NO COMPORTAMENTO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Interinstitucional entre a Universidade Estadual de Londrina/ Universidade do Norte do Paraná (UEL/UNOPAR) e o Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Linha de Pesquisa: “Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônicas degenerativas”

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria Fontão Zago

Londrina
2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C422i Cestari, Maria Elisa Wotzasek.
A influência da cultura no comportamento de prevenção do
câncer / Maria Elisa Wotzasek Cestari. – Londrina, 2005.
167f.

Orientadora : Márcia Maria Fontão Zago.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa
interinstitucional USP/UEL/UNOPAR, 2005.
Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – Teses. 2. Prevenção do câncer – Enfermagem –
Teses. 3. Câncer – Prevenção – Qualidade de vida – Teses. I. Zago,
Márcia Maria Fontão. II. Universidade de São Paulo. III. Título.

CDU 616-083

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1. A PREVENÇÃO, O CÂNCER E A CULTURA.....	18
1.1 O CONCEITO DE PREVENÇÃO NO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA.....	18
1.2 A PREVENÇÃO NO SÉCULO XXI.....	23
1.3 A PREVENÇÃO DO CÂNCER.....	26
1.4 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER.....	32
2. QUESTIONAMENTOS DO ESTUDO E OBJETIVO.....	36
3. O REFERENCIAL TEÓRICO: A CULTURA BASEADA NA ANTROPOLOGIA MÉDICA	38
4. O PERCURSO METODOLÓGICO.....	45
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	45
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	47
4.3 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	47
4.4 ESTRATÉGIAS PARA A COLETA DE DADOS.....	49
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
5. O COMPORTAMENTO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER.....	54
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	54
5.2 O CÂNCER E SUA ETIOLOGIA.....	56
5.2.1 O estigma da palavra câncer.....	57
5.2.2 A gênese do câncer.....	60
5.2.2.1 Todo mundo tem câncer.....	61
5.2.2.2 Os sinais do câncer.....	63
5.2.2.3 O câncer age como um bicho.....	64
5.2.2.4 O câncer se alastra como se fosse a raiz de uma planta.....	65
5.2.2.5 A cura do câncer.....	68
5.2.2.6 Os tratamentos para o câncer.....	73
5.2.3 As causas do câncer.....	76

5.3 A IMPORTANCIA DA PREVENÇÃO, AS FORMAS DE PREVENÇÃO E OS FATORES QUE MOTIVAM E DESMOTIVAM ESTA PRÁTICA.....	88
5.3.1 A importância da prevenção.....	89
5.3.2 As formas de prevenção do câncer.....	91
5.3.2.1 Fazer sempre os exames em dia.....	91
5.3.2.2 Ter uma alimentação adequada.....	93
5.3.2.3 Ter um comportamento sexual e reprodutivo seguro.....	96
5.3.2.4 Parar de fumar.....	98
5.3.2.5 Ter cuidado com a exposição solar.....	99
5.3.2.6 Procurar cuidados alternativos.....	100
5.3.2.7 Não fazer nada.....	102
5.3.2.8 Reduzir o estresse.....	102
5.3.3 A busca pela prevenção do câncer.....	105
5.3.4 Os fatores que motivam a prática do comportamento preventivo do câncer.....	108
5.3.4.1 A importância da mídia.....	109
5.3.4.2 A influência da informação do profissional de saúde.....	110
5.3.4.3 O contato com alguém que tem ou teve câncer.....	111
5.3.4.4 O valor da saúde.....	112
5.3.4.5 O acesso ao exame preventivo do câncer	112
5.3.4.6 O medo - “com o câncer não se brinca”.....	113
5.3.4.7 O dever - Deus espera que façamos a nossa parte.....	114
5.3.4.8 A habituação.....	115
5.3.5 Os fatores que desmotivam a prática do comportamento preventivo do câncer.....	116
5.3.5.1 A falta de tempo.....	116
5.3.5.2 O medo e a vergonha.....	118
5.3.5.3 As restrições do sistema de saúde.....	122
5.3.5.4 O custo financeiro.....	125
5.3.5.5 A descrença na possibilidade de ter câncer	126
5.3.6 O papel da família e dos amigos na prevenção.....	127
5.4 O IMPACTO DAS ATITUDES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NOS COMPORTAMENTOS DE PREVENÇÃO.....	130

5.4.1 O relacionamento interpessoal.....	130
5.4.2 As questões de gênero e o papel da enfermagem na prevenção do câncer.....	133
5.5 O QUE REALMENTE PREVINE O CÂNCER.....	139
 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 144
 REFERÊNCIAS.....	 149
 ANEXOS.....	 157

LISTA DE SIGLAS

CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CCU	Câncer do Colo do Útero
CO	Citologia Oncótica
CPS	Comportamento Preventivo de Saúde
HPV	Papilomavírus humano
HURNPR	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ME	Modelo Explicativo
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia Intra-epitelial Cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONS	<i>Oncology Nursing Society</i>
S1...9	Sujeito número 1...9
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo do Útero
SM	salário mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

CESTARI, M. E. W. **A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer.** 2005. 167 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005

O objetivo deste estudo foi apreender as idéias de prevenção do câncer, de um grupo específico de pessoas cadastradas no programa nacional de prevenção, sob o seu ponto de vista, tendo como referencial a cultura, baseada na antropologia médica e interpretativa. Nessa perspectiva, este estudo foi desenvolvido segundo a abordagem metodológica qualitativa, especificamente a do método etnográfico, usando-se a técnica do estudo de caso. Os sujeitos do estudo foram nove mulheres que realizaram o exame de prevenção do câncer do colo do útero, no período de janeiro a dezembro de 2003, em uma Unidade Básica de Saúde do Norte do Paraná. Os dados foram coletados por entrevistas semi-estruturadas e observação. Na análise dos dados encontramos quatro unidades de significação: *o câncer e sua etiologia; a importância da prevenção, as formas de prevenção e os fatores que motivam e desmotivam esta prática; o impacto dos profissionais de saúde nos comportamentos de prevenção do câncer e o que realmente previne o câncer.* Percebemos uma aproximação do conhecimento leigo com o conhecimento do modelo biomédico em algumas unidades. Encontramos a crença de que o câncer é uma doença fatal, cercada de estigmas. As formas de prevenção apreendidas foram: realização de exames periódicos; alimentação saudável; comportamento sexual e reprodutivo seguro; abstinência do tabaco; cuidados com o sol; terapias alternativas e não fazer nada. Os fatores considerados motivadores do comportamento de prevenção foram: os meios de comunicação; os profissionais de saúde; o contato

com pessoas com câncer; o autocuidado; a facilidade de acesso aos exames; o medo; o dever de consciência e a habituação. Entre os fatores desmotivadores, destacaram-se: a falta de tempo; o medo; a vergonha; as restrições do sistema de saúde; o custo e a descrença da possibilidade da doença. A família e os amigos apresentaram papéis de motivadores, desmotivadores e algumas vezes de indiferença. Os profissionais de saúde foram responsabilizados pela adesão às práticas de prevenção, sendo apontadas as questões de dificuldade no diálogo e as questões de gênero. Na última unidade, as crenças sobre a prevenção limitaram-se aos comportamentos de promoção à saúde: alimentação saudável; combate ao tabagismo; prática de atividade físicas e ações de prevenção secundária, representada pela realização dos exames periódicos, além da crença de que para prevenir o câncer é importante ter fé e sorte, e que se houvesse meios de se prevenir, estes seriam mais divulgados. O Modelo Explicativo (ME) proposto por Kleinman não considera os aspectos da prevenção; entretanto, percebemos que a essência deste modelo pode ser utilizada nesta abordagem, visto que os comportamentos de prevenção dos sujeitos são baseados em seus conhecimentos e crenças sobre a doença, determinando, assim, seu modo de compreender o câncer, sua etiologia, a importância e as formas de prevenção do câncer. Assim, a reação social do indivíduo em relação ao câncer pode ser identificada e explicada pelo ME leigo, que incorpora a experiência e a percepção do indivíduo em face do câncer e dos comportamentos de prevenção desta doença.

Palavras-chave: cultura, prevenção, câncer, enfermagem.

ABSTRACT

CESTARI, M. E. W. **A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer.** [the influence of the culture on the cancer prevention behavior] 2005. 167f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

The objective of this study was to apprehend the ideas about cancer prevention from the point of view of a specific group of people registered in the National Prevention Program, having the culture based on the medical and interpretative anthropology as a baseline. From this perspective, this study was developed on the qualitative methodological approach, specially the ethnographical method, using the case-study technique. The people/individuals who participated of this study as subjects were nine women who had undergone the cervical cancer prevention exam in the period from January to December 2003 in Basic Health Unit of North Paraná. The data were collected by semi-structured interviews and observation. In the data analysis we have found four units of significance: the cancer and its etiology; the importance of prevention, the ways of prevention and the issues that motivate or not this practice; the impact of health professionals in the behavior of cancer prevention; and what really prevents it. In some units we noticed that the general knowledge approaches the biomedical knowledge. We found the belief that cancer is a lethal disease, surrounded by stigmas. The prevention techniques performed were: regular examinations, healthy nourishment, safe sexual and reproductive behavior, no smoking, sun cares, alternative therapy and doing nothing. The factors considered motivating in prevention behavior were: the communication means; the health professionals; contact with cancer patients; self-care; the easy access to

examinations; the fear; the duty imposed by God and the habits. Among the de-motivating factors, excelled: the lack of time; the fear; the shame; the health system restrictions; cost restrictions and the unbelief on the disease possibility. The family and the friends had motivating, de-motivating and sometimes unconcerned roles. The health professionals have been considered responsible by the adhesion to prevention practices, being registered the difficulty of dialogue issues and similar questions. In the last unit, the belief about prevention was limited to health promoting behaviors like: healthy nourishment; fight against smoking, practice of physical activities and secondary prevention actions, represented by performing regular examinations. Besides of that, the belief that to prevent cancer it is important to have faith and luck, and that if there were a real prevention this would be more publicized. The Explicative Model proposed by Kleinman does not consider prevention aspects, however, we realized that the essence of this work may be used in our approach, considering that the prevention behavior of the subjects are based on their believes and knowledge about the disease, determining, thus, their way of understanding cancer, its etiology, the importance and the ways to prevent it. Then, the social reaction of each one regarding the cancer may be identified and explained by the lay Explicative Model, which incorporates individual perception and experience facing the cancer and its prevention behaviors.

Keywords: culture, prevention, cancer, nursing

RESUMEN

CESTARI, M. E. W. **A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer.** [La influencia de la cultura en el comportamiento de prevención del cáncer] 2005. 167 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

El objetivo de este estudio era recoger las ideas sobre la prevención del cáncer, bajo el punto de vista de un grupo específico de personas inscrito en el Programa de Prevención Nacional, teniéndose como referencial la cultura y basada en la antropología médica y interpretativa. Desde esta perspectiva, este estudio se desarrolló en el acercamiento metodológico cualitativo, especialmente el método etnográfico, usando la técnica de estudio de casos. Los sujetos del estudio fueran nueve mujeres que habían sufrido el examen de prevención de cáncer cervical en el periodo de enero al diciembre de 2003 en la Unidad Básica de Salud del Norte del Paraná. Los datos fueran reunidos por entrevistas parcialmente estructuradas y observación. En los análisis de los datos nosotros hemos encontrado cuatro unidades de significación: el cáncer y su etiología; la importancia de prevención, las maneras de prevención y los problemas que motivan y desmotivan esta práctica; el impacto de los profesionales de salud en la conducta de prevención del cáncer; y qué realmente previene el cáncer. En algunas de estas unidades notamos que el conocimiento general acercase del conocimiento biomédico. Encontramos la creencia que el cáncer es una enfermedad letal, rodeado por estigmas. Las técnicas de la prevención realizadas fueran: exámenes regulares, nutrición saludable, conducta sexual y reproductiva seguras, no fumar, atención con el sol, terapias alternativas y no hacer nada. Los factores considerados motivadores a la conducta

de la prevención fueran: los medios de comunicación, los profesionales de salud, contacto con pacientes de cáncer, el auto-cuidado, acceso a exámenes, el miedo, el deber impuesto por Dios y la costumbre. Entre los factores desmotivadores, aventajaron: la falta de tiempo, el miedo, la vergüenza, las restricciones del sistema de salud, el costo y la incredulidad en la posibilidad de la enfermedad. La familia y los amigos tuvieron papeles motivadores, desmotivadores y a veces de indiferencia. A los profesionales de salud se confió la adherencia a la práctica de prevención, apuntándose las preguntas sobre la dificultad de diálogo y preguntas similares. En la última unidad la creencia sobre la prevención se limitó a las conductas de promoción de salud, como la nutrición saludable, combate al fumo, la práctica de actividades físicas, y en acciones de prevención secundarias, como la realización de exámenes regulares. Sin considerarse la creencia que para prevenir el cáncer es importante tener fe y suerte, y que si existiera una real prevención esta se publicaría más. El Modelo Explicativo propuesto por Kleinman no considera los aspectos de prevención, sin embargo, notamos que la esencia de este trabajo podría ser utilizada en nuestro abordaje una vez la conducta de prevención de los sujetos es basada en sus creencias y conocimientos sobre la enfermedad, determinando, así, sus maneras de entender el cáncer, su etiología, la importancia y las maneras de prevenirlo. Entonces, la reacción social del individuo con respecto al cáncer puede identificarse y puede ser explicada por el Modelo Explicativo laico, que incorpora la percepción y experiencia del individuo frente al cáncer y las conductas de prevención de esta enfermedad.

Palabras-clave: cultura, prevención, cáncer, enfermería

APRESENTAÇÃO

O tema prevenção do câncer vem despertando meu interesse, pois reflete a minha vida pessoal e também minha prática profissional. O aspecto pessoal revela-se quando me remeto às minhas próprias dificuldades em ter comportamentos preventivos em relação a minha saúde, como a eterna falta de tempo para realizar uma atividade física, a promessa de começar a dieta na segunda-feira e a falta de tempo para realizar exames médicos de rotina. Penso na minha vida pessoal quando lembro de minha avó, meu pai, amigos próximos e agora recentemente, meu esposo: todos desenvolveram o câncer, e isso foi motivo de sofrimento e me motivou a querer saber mais sobre esta doença e, principalmente, como é possível a sua prevenção.

No aspecto profissional, venho trabalhando com a prevenção do câncer nos últimos 10 anos. Fui enfermeira assistencial e hoje sou docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, atuando na prevenção do câncer da população feminina.

Na prática cotidiana nos deparamos com o impacto que o câncer tem sobre a saúde da população brasileira e mundial e com a dificuldade de adesão dos indivíduos aos comportamentos preventivos, preconizados pelo modelo biomédico para evitá-lo. Em se tratando da prevenção desta doença, é consenso entre diversos autores (FRANK-STROMBORG, 1997; STARFIELD, 2002; OMS, 2003 E PAIM, 2003) e é minha opinião pessoal, que esta é a forma mais eficaz contra o câncer.

O câncer é indubitavelmente um problema de saúde pública, pois está sempre incluído entre as primeiras causas de morte nas diferentes regiões do nosso país. Hoje o câncer é a segunda causa de morte por doença no Brasil,

perdendo somente para as do coração; e seguido das cerebrovasculares (BRASIL, 2004a).

As estimativas para 2003, no Brasil, são de 402.190 novos casos e 126.960 óbitos por câncer. Espera-se encontrar entre indivíduos do sexo masculino, 186.155 novos casos e 68.350 óbitos, enquanto entre os do sexo feminino, 216.035 novos casos e 58.610 óbitos. As maiores taxas de incidência entre os homens foram devidas ao câncer de pele não melanoma, próstata, pulmão, estômago e cólon e reto, enquanto nas mulheres, destacaram-se as neoplasias malignas da pele não-melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e estômago. O câncer de pulmão foi a primeira causa de morte por câncer, no sexo masculino, seguido do câncer de próstata, estômago, esôfago e cólon e reto. O câncer da mama feminina foi a primeira causa de morte em mulheres, seguido pelo câncer de pulmão, cólon e reto, colo do útero e estômago (BRASIL, 2004a).

Apresentado este trágico panorama, reforçamos a importância do câncer como um problema de saúde pública em nosso país, e justificamos a escolha desta temática.

Assim, na primeira parte, discutiremos alguns aspectos sobre prevenção, câncer e cultura, incluindo o papel da enfermagem na prevenção do câncer. Na sequência, apresentamos o objetivo do estudo e o referencial teórico.

No percurso metodológico apresentamos o delineamento do estudo, o cenário e os sujeitos escolhidos, além das estratégias para a coleta dos dados.

Finalizando, discutiremos os resultados sobre o comportamento de prevenção do câncer dos sujeitos estudados, destacando as suas crenças sobre os tipos de câncer, como ele se desenvolve, quais são os seus tratamentos, as suas

causas, a sua prevenção, e ainda o impacto das atitudes do profissional de saúde nos comportamentos de prevenção do câncer.

1. A PREVENÇÃO, O CÂNCER E A CULTURA

1.1 O CONCEITO DE PREVENÇÃO NO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

A palavra prevenção tem origem no latim *praeventione*, derivada de *prevenire*: vir antes, tomar a dianteira; traduz-se pelo ato de prevenir-se, premeditar, dispor-se previamente ou ter opinião antecipada. O termo preventivo deriva deste conceito, significando aquilo que se evita (BUENO, 2000; FERREIRA, 1999).

Tendo como eixo o processo saúde e doença, relacionado com as práticas de prevenção, Teixeira (2001) relata a existência, desde tempos remotos, de referência de condutas preventivas (utilizadas no âmbito da prática médica individual) e medidas preventivas (utilizadas nas práticas sociais).

O processo saúde/doença, nesse contexto, forma um contínuo indissociável, com ótima saúde em uma das pontas, algum ponto neutro, talvez no meio, e todo este percurso como um contínuo de enfermidades, desde os menores sinais até sintomas de incapacidade ou mesmo a morte prematura (PITTS, 1996). O processo saúde/doença, visto assim, é como se fosse uma reta e pode-se estar em qualquer momento, em qualquer ponto desta reta.

Silveira (2003) conceitua a prevenção como ações de caráter primário e genérico, tais como a melhoria das condições de vida, redução da suscetibilidade das pessoas às doenças e educação sanitária. A autora ironiza a utilização abusada do termo prevenção, que na prática é tão pouco efetivado.

Para a mesma autora, a prevenção se dá também mediante a detecção precoce das doenças, do seu tratamento adequado e de ações destinadas a minimizar as suas conseqüências. Ela relata ainda as dificuldades das relações

com modelos e padrões de reconhecimento e valorização dos aspectos culturais, fato apontado também por Minayo (1993), ao afirmar que qualquer ação de prevenção deveria considerar os valores, as atitudes e as crenças dos grupos sociais a quem a ação se dirige, ou seja, os seus aspectos culturais.

Nas discussões sobre prevenção à saúde, é comum o aparecimento do conceito de promoção da saúde (PS), sendo importante clarificar a diferenciação entre esses conceitos.

O conceito de PS surgiu no Canadá, em 1974, motivado pelas limitações da economia, visto o custo elevado dos tratamentos curativos das doenças e as limitações da atenção médica à população (FREITAS, 2003). O início do seu fortalecimento acontece a partir da I Conferência Internacional sobre PS, no ano de 1986, em Ottawa - Canadá. Na carta produzida nesta conferência a PS era conceituada como “(...) o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 1996, p11).

Nesse momento, a equidade foi considerada o principal foco a ser atingido para se ter acesso à PS, entendendo-se que conseguir a equidade consistia em eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que limitam as oportunidades do indivíduo de atingir o direito do bem-estar (BRASIL, 1996).

Em 1988, na Austrália, uma nova conferência priorizou, pela Declaração de Adelaide, as políticas públicas saudáveis, entre as quais, o apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, políticas de redução do consumo do tabaco e do álcool e criação de ambientes favoráveis (BRASIL, 1996).

Em 1991, na Suécia, a III Conferência fortaleceu ainda mais a temática, com ênfase na criação de ambientes favoráveis à saúde, mantendo a

busca pela equidade e educação, além de propor o aumento do poder de decisão dos indivíduos e da participação comunitária como estratégia para ter-se um processo democrático de PS (BRASIL, 1996).

Em 1992, outra conferência realizada em Bogotá, na Colômbia, destacou os problemas enfrentados pela América Latina, como a necessidade de solidariedade e equidade social como condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento (BRASIL, 1996).

Em 1997, a Declaração de Jacarta, produto da IV Conferência Internacional sobre PS, declarou que esta é um processo que permite às pessoas maior controle sobre sua saúde e, assim, maior poder de melhorá-la. Sua meta primordial foi aumentar as expectativas de saúde e reduzir suas diferenças entre países e grupos. A pobreza foi tida como a maior ameaça à saúde. Foram estabelecidas cinco prioridades para a PS no século XXI: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária, dar direito de voz ao indivíduo e conseguir uma infra-estrutura para a PS (BRASIL, 1996).

Finalmente, a V Conferência aconteceu no México, em 2000, tendo como principais objetivos demonstrar a importância da PS, principalmente para indivíduos que vivem em condições adversas; incluir a saúde nas agências de desenvolvimento; e estimular alianças entre os diferentes atores em todos os níveis sociais. Os principais resultados desta conferência foram a reafirmação da importância da PS e da busca da equidade e, ainda, a importância das mulheres no desenvolvimento de ações de PS (BRASIL, 2001b).

Em síntese as conferências criaram metas para ajudar os países a diminuïrem as injustiças e desigualdades, mas também, contribuïrem, por meio dos avanços ideológicos, políticos e conceituais, para a evolução das propostas direcionadas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Para que se alcance a qualidade de vida, é necessário atuar sobre as condições sociais que são determinantes da saúde (GUIMARÃES et al, 2004).

Nesse sentido, é possível diferenciar os conceitos de prevenção e PS, considerando que a prevenção é definida por ações direcionadas a evitar o surgimento de doenças específicas, pelo controle da transmissão e redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Em contrapartida, a promoção é um conceito mais amplo, que enfatiza a transformação das condições de vida e de trabalho, por meio de mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na construção e operacionalização das práticas de saúde, visando aumentar a saúde e o bem-estar geral, não relacionados com alguma doença específica (CZERESNIA, 2003). Assim, PS é um processo permanente e contínuo de reflexão sobre a articulação e coerência, entre a produção discursiva e a práxis, por meio de uma postura crítica e positiva para viver e mudar posturas e ações (GUIMARÃES et al., 2004).

Para essa mudança, espera-se que os indivíduos tenham comportamentos preventivos em saúde (CPSs), os quais são comportamentos empreendidos pelas pessoas, para aumentar ou manter a própria saúde. Há instâncias inúmeráveis de CPSs: a limpeza diária dos dentes, o uso de cintos de segurança, a redução da gordura e açúcar na dieta ou a prática de atividade física, são alguns exemplos (PITTS, 1996).

O comportamento preventivo está ligado a fatores sociais, psicológicos, ambientais (LANGLIE, 1977) e, ainda, culturais (TEIXEIRA, 2001). Vistos assim, os CPSs provavelmente possam variar positiva ou negativamente.

As atitudes do ser humano em relação ao câncer, por exemplo, podem variar consideravelmente em diferentes partes do mundo, dependendo de fatores culturais, étnicos, sociais, econômicos e educacionais. Em algumas culturas, como a nossa, a palavra câncer é tabu e, se a morte for causada por câncer, atribui-se-lhe outra causa. As superstições e mitos são numerosos, até mesmo nas nações desenvolvidas com populações com maior nível de educação para a saúde (SHERMAN, 1999).

Para Kleinman (1998), o CPS é um sistema cultural e de significados, que possui uma organização interna dos saberes individuais, resultando num modo próprio do indivíduo explicar e buscar a resolução de seus problemas de saúde, como, por exemplo, por meio de determinados comportamentos.

Mais recentemente, Maciel (1999) propôs o conceito de atitude positiva em prevenção, definindo-o como a procura do indivíduo por cuidado, independentemente dele ou do grupo a que pertence estar vivenciando um problema de saúde. A autora acredita que esta atitude seja determinada pelas crenças e percepções do indivíduo sobre o que é saúde, doença, prevenção e, também, pelas experiências vivenciadas por ele, para prevenção, manutenção ou tratamento de sua saúde.

A autora citada apresenta um modelo analítico hipotético da atitude positiva em prevenção, que associa duas dimensões as quais podem influenciar as atitudes. A primeira, refere-se às condições concretas de existência do indivíduo,

caracterizada pela condição socioeconômica. A segunda, contempla as percepções e comportamentos em saúde, caracterizados pela percepção do problema de saúde e procura pelo cuidado de saúde pelo indivíduo.

O modelo proposto pela autora não difere da concepção dos autores já citados (LANGLIE, 1977; PITTS, 1996), mas complementa seus conceitos. Nele o comportamento preventivo em saúde depende de variáveis como: a condição socioeconômica, representada por condições de moradia, educação formal, renda familiar e idade; a percepção do problema de saúde, representada por presença de problema nos últimos 30 dias, duração do problema, tipo do problema, possibilidade limitante e causa atribuída; e, ainda, a procura por cuidado de saúde no contexto, expresso pela procura por cuidado médico, procura por amigos e ou família, e procura por cuidado alternativo (MACIEL, 1999).

1.2 A PREVENÇÃO NO SÉCULO XXI

Ao pensarmos no futuro da prevenção, é pertinente lembrarmos de alguns fatos que contribuíram para a evolução deste conceito. Nesse sentido, a Revolução Industrial ocorrida na segunda metade do século XVIII, iniciada na Inglaterra e que teve maior impacto no Brasil após a Segunda Guerra Mundial, constituiu um marco na história da humanidade, resultando em sérias modificações nos padrões de vida e nas relações sociais. Uma das principais modificações foi a urbanização, acompanhada de modificações nos hábitos de vida das pessoas (BRASIL, 1999b).

Outro marco foi a revolução sexual ocorrida no século XX, em meados dos anos 60s, quando a mulher também foi incorporada ao mercado de

trabalho industrial, assumindo hábitos e costumes até então predominantemente masculinos, como o aumento do consumo do tabaco, que está relacionado com cânceres de pulmão, boca, laringe e bexiga (BRASIL, 1999b).

Nas últimas décadas, em consequência desta revolução, ocorreu uma drástica redução da taxa de fecundidade com redução média de 6,3 filhos, em 1960, para 2,3 filhos por mulher, em 2002 nas grandes regiões do Brasil, fato explicado pelo uso de métodos contraceptivos (mais especificadamente a pílula e a laqueadura tubária) e pelo uso do aborto. Estas mudanças no padrão de procriação certamente causaram um impacto na saúde das mulheres brasileiras (LEÃO; MARINHO, 2002).

Como exemplo deste impacto temos a exposição a fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mamas, pelo uso de hormônios e gestações tardias e também risco para o desenvolvimento do câncer do colo uterino, como a nuliparidade (VANZIN; NERY, 1997).

Além do processo de industrialização e urbanização, ocorreu também um imensurável avanço tecnológico no setor da saúde nas últimas décadas e, assim, um aumento da expectativa de vida das pessoas (BRASIL, 1999), em razão da melhora geral das condições de saúde, com a implementação do saneamento básico e da educação, resultando, provavelmente, em inúmeras mudanças no estilo de vida das pessoas e, conseqüentemente, no comportamento preventivo relacionado à saúde.

Pensando-se no processo saúde/doença, prevenção e comportamento preventivo de saúde, no que se refere ao cuidado individual relacionado às políticas públicas e mudanças no estilo de vida, tem-se um novo aspecto, relatado por Teixeira (2001), que é a apropriação, pelos indivíduos, dos

saberes sobre saúde, riscos e doenças, difundidos pelos meios de comunicação de massa. A revolução nas comunicações e a expansão, praticamente ao infinito, pela Internet, da circulação de informações sobre saúde, risco, danos, exames, terapias e práticas visando a preservação e recuperação da saúde no plano individual, torna o próprio sujeito responsável por decisões e ações que afetam direta ou indiretamente sua saúde.

Conner e Norman (1998) relatam esta característica no cuidado preventivo na atenção à saúde primária, na Inglaterra, onde as pessoas estão sendo encorajadas, nas consultas médicas, a responsabilizar-se pela própria saúde, mediante a adoção de comportamentos saudáveis. Freitas (2003) descreve, também, esta tendência mundial, destacando a crescente importância das atitudes individuais para a promoção, prevenção e proteção de doenças, além da disseminação paralela dos fatores de risco à saúde, associando-se sua prática ao crescente peso econômico.

Teixeira (2001) observa, entretanto, que a mercantilização da saúde, com a comercialização em larga escala de informações e produtos dirigidos à preservação da vida saudável, do viver com saúde, na perspectiva do consumo individualizado de produtos e serviços, não significará necessariamente uma racionalização da vida no sentido da incorporação exclusiva de um saber científico, instrumental. Pelo contrário, a julgar pelas características e multiplicidade de informações, o cuidado à saúde no plano individual não deixará de manter o apelo ao simbólico, ao mágico, ao sobrenatural, ao místico, ao metafísico.

Kleinman (1998) defende, como uma hipótese, que as condições de vida globalizada, hoje são configuradas como formas de sofrimento social que resultam de mudanças na política, economia e cultura. Cita o exemplo da

propagação do tabaco e do álcool e os problemas de saúde associados ao seu uso. Para o autor, atualmente vivemos uma pandemia de saúde mental.

Teixeira (2001) complementa que uma das principais características das práticas de saúde do futuro será a ênfase concedida à pesquisa e às práticas de prevenção. Nesse sentido, uma exploração das possibilidades colocadas para o século XXI pressupõe análise das tendências da produção de conhecimentos e do desenvolvimento de práticas de prevenção, promoção e vigilância da saúde, levando em conta a identificação das perspectivas econômicas, políticas e sociais que se apresentam no momento em que se consolida o processo de globalização da economia e mundialização da cultura.

É nesse contexto que a prevenção do câncer passa a ser discutida neste estudo.

1.3 A PREVENÇÃO DO CÂNCER

Conceitualmente, prevenir o câncer consiste em reduzir ao mínimo ou eliminar a exposição aos agentes carcinogênicos, além de minimizar a suscetibilidade individual aos efeitos destes agentes (OMS, 1995).

Segundo Vanzin e Nery (1997), para prevenir o câncer, a população deve ser informada sobre os comportamentos de risco, os sinais de alerta e a frequência da realização dos exames de prevenção. Também, a capacitação dos recursos humanos que atuam nesta área, reorientando sobre os aspectos culturais do câncer é importante.

Em oncologia encontramos o termo prevenção associado aos níveis primário e secundário. A **prevenção primária** situa-se no período anterior à doença,

incluindo medidas inespecíficas de proteção de indivíduos contra riscos e danos (TEIXEIRA, 2001). A prevenção primária do câncer refere-se a toda e qualquer ação voltada para redução da exposição da população a fatores de risco da doença, tendo como objetivo reduzir a sua ocorrência, por meio da promoção da saúde e proteção específica (BRASIL, 2002).

Portanto, entre as ações de promoção da saúde relacionadas às medidas inespecíficas da prevenção primária, contam-se a luta contra o tabagismo, orientações sobre dieta saudável e proteção solar, entre outras; e as medidas de proteção específicas referem-se a ações como a vacinação, que tem um foco específico de ação.

O Instituto Nacional do Câncer considera como principais fatores de risco para o câncer: a) o tabagismo; b) o alcoolismo; c) os hábitos alimentares, principalmente em relação ao consumo de alimentos ricos em gordura, nitritos, alcatrão e aflatoxina; d) radiações, sendo estas as ionizantes e a radiação ultravioleta natural, proveniente do sol; e) medicamentos, que podem ter efeito carcinogênico ou ainda supressores imunológicos; f) hormônios e fatores reprodutivos; g) agentes infecciosos e parasitários; h) exposição ocupacional a agentes químicos, físicos ou biológicos e i) poluição do ambiente geral (BRASIL, 2002).

Neugut (1999) destaca a prevenção primária como a melhor alternativa comparada a um diagnóstico ou mesmo a um tratamento. Complementa ainda que, apesar de sermos incapazes de mudar nossa predisposição genética, podemos ter a possibilidade de intervenção para prevenir exposições a agentes causais do câncer. As principais ações de prevenção primária dirigidas para o controle de fatores de risco evitáveis do câncer estão descritas no quadro 1.

Fatores de risco	Ações de prevenção
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difundir informações científicas entre os profissionais de saúde, professores, legisladores e autoridades sanitárias; ▪ promover ações de educação comunitária; ▪ proteger o não-fumante pela proibição de fumar em ambientes fechados- fumante passivo; ▪ estimular as associações de combate ao fumo; ▪ aconselhar fumantes a parar de fumar e encorajar não-fumantes a não começarem.
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular a ingestão diária de frutas, vegetais e cereais; ▪ evitar alimentos em conservas, salgados e defumados; ▪ reduzir a ingestão de alimentos gordurosos e carnes; ▪ aconselhar para a manutenção do peso ideal.
Exposição aos agentes carcinogênicos industriais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proteger os indivíduos no ambiente de trabalho e no ambiente geral.
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usar medicamentos somente com prescrição médica criteriosa e desestimular a automedicação.
Radiações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar exposição à luz solar entre 10 h e 16 h; ▪ realizar exames radiológicos somente sob prescrição médica; ▪ adotar medidas de proteção individual e ambiental contra as radiações ionizantes.
Agentes infecciosos e parasitários	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenir e controlar as doenças infecciosas e parasitárias; ▪ alertar as mulheres e homens sobre as relações entre promiscuidade sexual e câncer; ▪ estimular o uso de contraceptivo de barreira.

Fonte: INCA/MS, 2002.

Quadro 1 - Ações de prevenção primária do câncer dirigidas ao controle de fatores de risco evitáveis.

A **prevenção secundária** é o rastreamento (*screening*) do câncer.

Entende-se por rastreamento uma avaliação de indivíduos assintomáticos, para classificá-los como candidatos a exames mais requintados de avaliação, com o objetivo de descobrir um câncer oculto ou uma afecção pré-maligna que pode ser curada com tratamento (BRASIL, 2002).

Para Gill e Tattersall (1999), o rastreamento é a única estratégia potencialmente capaz de reduzir a mortalidade em dois grupos de câncer: aqueles encontrados com frequência, para os quais o tratamento, se metastizados, não é curativo e aqueles cujas causas não são conhecidas e, portanto, a possibilidade de prevenção primária não existe.

O rastreamento é baseado na suposição de que o diagnóstico precoce do câncer resultará na sua descoberta antes que ocorram metástases fatais, sendo factível para diversos tipos de câncer incluindo: de mama, cérvix uterino, intestino grosso, estômago e melanoma maligno (GILL; TATTERSALL, 1999).

São exemplos de ações para detecção precoce: a colpocitologia oncótica (ou Papanicolaou), para a detecção precoce do câncer do colo do útero (ou cérvico-uterino); a mamografia, que é um exame de imagem radiológica das mamas e o auto-exame da boca.

Considerando os conceitos discutidos anteriormente sobre prevenção primária e secundária, e mesmo sabendo que nem todos os tumores podem ser evitáveis, é indiscutível que a prevenção do câncer é uma prática possível. Coelho (1994) compartilha desta idéia, mas argumenta que as práticas de prevenção não estão sendo aplicadas em sua plenitude e que elas dependem da vontade dos políticos, da sensibilização dos profissionais de saúde e da motivação dos pacientes.

Salienta que quatro programas de prevenção deveriam ser considerados prioritários à nossa realidade local: a prevenção dos cânceres do colo uterino, de mama, de boca e de pele, sendo estes passíveis de detecção e cura, quando descobertos precocemente. Porém, estes programas continuam a enfrentar problemas para se desenvolverem e se efetivarem (COELHO, 1994).

Zeferino e Galvão (1999) destacam, por exemplo, que muitas mulheres continuam morrendo por câncer de colo uterino por falta de detecção e diagnóstico precoce, ou seja, as medidas adotadas até o momento não tiveram um impacto desejável.

Um estudo descritivo sobre o conhecimento e o significado do exame preventivo para *screening* do câncer cérvico-uterino para 63 mulheres identificou como causa da não-realização do exame: o médico nunca ter solicitado; falta de tempo; esquecimento; vergonha; incômodo do exame e falta de necessidade. As autoras citadas relatam que um dos determinantes deste resultado foi o pouco

conhecimento que se tem sobre a relação da mulher com a prevenção desta doença, independente ou não da qualidade dos serviços de saúde. Fazem ainda uma reflexão sobre a necessidade de considerar, no cuidado ao ser humano, a sua totalidade existencial, afirmando que este pertence a um contexto socioeconômico e cultural (MERIGHI et al., 2002).

O Ministério da Saúde constituiu programas de prevenção de âmbito nacional. Entre eles destacam-se:

a) **Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer**, que tem o objetivo de capacitar profissionais para orientar a população nas escolas, nas empresas, nos hospitais e nas comunidades locais, sobre os males do tabagismo (BRASIL, 2004b).

b) **Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco**, que tem como objetivo conhecer com detalhes o atual quadro do câncer, no Brasil, e de seus fatores de risco (BRASIL, 2004b). Podemos obter dados de estimativas e outros com facilidade, até mesmo online.

c) **Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero**, que visa o controle do câncer do colo do útero (CCU). Foi instituído em 1998, com o objetivo de ampliar o acesso da população feminina ao diagnóstico precoce do CCU e de suas lesões precursoras, além de garantir o tratamento. Atualmente o programa do Ministério da Saúde (MS) introduziu a cirurgia de alta frequência (CAF) nos serviços de atenção secundária, que substitui a cirurgia de conização do colo uterino, utilizada como tratamento da neoplasia intraepitelial cervical (NIC). O programa implantou também o SISCOLO, um sistema de informação de controle do CCU que fornece subsídios para a avaliação e planejamento do programa (BRASIL, 2002).

Em 1996, foi lançado o Programa Viva Mulher que incluía ações de controle do câncer de mama além do CCU, porém, o controle do câncer de mama ainda não está totalmente implantado (KLIGERMAN, 2004). Na prática, nos deparamos com as dificuldades do programa, principalmente em relação à falta de mamógrafos e de profissionais capacitados, tanto para o atendimento nas unidades básicas de saúde (UBS) como nos centros de especialidades e diagnóstico por imagem .

Considerando as prioridades da prevenção discutidas anteriormente e a existência de programas nacionais implantados, percebemos que a prevenção do CCU está em um nível mais avançado em relação aos outros programas de prevenção.

O CCU é o tipo de câncer que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente, porém somente 30% das mulheres submetem-se ao exame de colpocitologia pelo menos três vezes na vida, como o preconizado pelo MS, o que resulta num diagnóstico já na fase avançada da doença em 70% dos casos (BRASIL, 2001a).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a prevenção primária do CCU se dá, principalmente, por meio do sexo seguro, a fim de se evitar o contágio com o papilomavírus humano (HPV), presente em 99% dos CCU, e a prevenção secundária que resulta da detecção precoce; este tipo de prevenção pode ser operacionalizada pela realização do exame de Papanicolaou (BRASIL, 2004c).

1.4 O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER

A enfermagem oncológica refere-se aos cuidados de enfermagem prestados a pacientes com câncer, incluindo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

A prevenção do câncer, objeto deste estudo, tem o enfermeiro como integrante da equipe multidisciplinar para o cuidado do paciente. Vanzin e Nery (1997) e Cutler (1999) destacam o enfermeiro como um profissional-chave da equipe de saúde oncológica, sendo ele capaz de realizar as atividades de promoção à saúde e prevenção do câncer, juntamente com outros profissionais de saúde. Entretanto, estes mesmos autores alertam para a necessidade de melhor preparação do enfermeiro para a prática de prevenção.

Essa é difundida por Popim (2001), quando argumenta sobre a compreensão da ação do cuidador enfermeiro oncológico que necessita de uma competência que vai além da esfera técnico-científica, com implicações no seu existir, dado o esforço para viabilizar um cuidado ético.

É necessário também, que o enfermeiro generalista esteja preparado para co-atuar nas ações de prevenção do câncer e em outros âmbitos das ações voltadas para o câncer, ou seja, desde a promoção da saúde, tratamento, até a reabilitação ou nos cuidados paliativos (ONS, 2004).

Os enfermeiros devem estar capacitados para realizar técnicas de *screening* para detecção de alterações por meio de exame da cavidade oral, exame pélvico, exame retal e exame das mamas (FRANK-STROMBORG, 1997).

A autora citada considera ainda que o enfermeiro precisa compreender diversos aspectos das ações de prevenção, entre os quais os aspectos

técnicos, psicológicos e financeiros. Estas ações devem ser apoiadas também no contexto cultural de cuidados com a saúde (WENGER, 1995). A partir desta compreensão, estes profissionais conseguirão criar uma atmosfera de adesão dos clientes às práticas de prevenção.

Uma das facetas desse preparo é relatado por Alonso (2003), ao discutir que a enfermagem é integrante de um sistema cultural próprio, organizado em atos seqüenciais e ritualizados, com seus próprios saberes, e esta interage com pessoas que buscam a prevenção. Porém, estas pessoas pertencem, muitas vezes, a outros sistemas culturais, com saberes organizados por outra lógica. Assim, o encontro destes atores pode resultar numa pluralidade de concepções, crenças e valores, que provavelmente irão influenciar as interpretações das ações de prevenção.

Para minimizar estas diferenças, Alonso (2003) propõe o reconhecimento das limitações da visão biomédica da enfermagem, nas formas de julgamento e nas ações de prevenção, para, assim, estabelecer uma real negociação de interpretações e condutas sobre o processo saúde/doença das pessoas, ou seja, aproximar-se realmente do mundo do cliente, numa amplitude social, cultural e pessoal.

Em concordância com os autores já citados, Friedrich e Sena (2002) analisaram a *práxis* do cuidado no trabalho das enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora - MG, concluindo que o cuidado de enfermagem é uma *práxis* em transformação, cujo desempenho depende também da subjetividade da enfermeira que o realiza, isto é, de suas verdades, suas crenças e seus valores.

Oliveira (2003) aponta outro fator importante, que é a necessidade do enfermeiro conhecer a comunidade com a qual ele está atuando na prevenção do

câncer, podendo, dessa forma, estabelecer com mais eficácia uma relação de confiança com a comunidade atendida. Todavia, os enfermeiros parecem não estar preparados para esta prática.

Pelloso (1991) faz uma crítica a esta situação, destacando que a formação dos enfermeiros, dentro dos parâmetros da prevenção, se encontra numa situação ambígua, ou seja, os formadores reconhecem a necessidade de atuarem na prevenção, mas continuam formando profissionais para serem absorvidos no mercado de trabalho curativo. A autora faz uma crítica também aos profissionais que atuam na saúde pública, afirmando que estes continuam atuando sem entrosamento com os profissionais da área curativa (hospitalar) e vice-versa, deixando assim, de atender às necessidades da população.

A Oncology Nursing Society (ONS), dos Estados Unidos da América, aponta a necessidade da atuação da enfermagem na educação profissional e pública, nos serviços de detecção da doença, nas investigações científicas e ainda nas políticas de saúde, além da criação de estratégias para a prevenção do câncer, às quais as políticas de saúde deveriam dar suporte. Entre estas estratégias, propõe a criação de *guidelines* para o *screening* do câncer (ONS, 2004).

Em relação à educação profissional, é importante a capacitação dos enfermeiros, tanto generalistas, quanto oncológicos, sobre o comportamento do câncer, seu desenvolvimento e seus princípios de educação e economia, além das formas de detecção precoce e programas de educação continuada e educação especializada sobre a doença. A ONS aponta ainda a importância da obtenção do título da especialidade oncológica, valorizando a atuação destes profissionais (ONS, 2004).

A enfermagem deveria realizar práticas educacionais para a população sobre as formas de detecção do câncer, considerando o contexto cultural dos sujeitos, conforme protocolos (*guidelines*), facilitando assim a decisão da população sobre os comportamentos de prevenção da doença, como também na participação em programas de detecção precoce da doença e avaliação dos fatores de risco e aconselhamento genético (ONS, 2004).

A prática educativa como atuação da enfermagem é uma estratégia efetiva na prevenção do câncer, apontada por vários autores. Pelloso (1991) e Wenger (1995) afirmam que a atuação da enfermagem é imperativa nas ações de informação sobre a saúde para auxiliar os indivíduos nas suas decisões.

Compreendemos que a atuação da enfermagem nas ações de promoção, prevenção primária e secundária do câncer é de extrema importância, principalmente nas neoplasias femininas, onde devemos considerar todo o contexto de gênero e as características da enfermagem, como uma profissão feminina, o que provavelmente facilita as relações de gênero. Entretanto, é necessário que estes estejam capacitados para estas ações.

Para finalizar, consideramos que estas discussões são embasadas em diferentes contextos socioculturais, que integram o modelo biomédico de atenção à saúde.

2 QUESTIONAMENTOS DO ESTUDO E OBJETIVO

Considerando-se a evidente transformação vivida pela nossa sociedade, principalmente em se tratando de facilidade de aquisição de informações sobre doenças e suas formas de prevenção, algumas indagações emergem: por que determinadas pessoas têm comportamentos preventivos em relação a sua saúde? Quais são os comportamentos eleitos por essas pessoas? No que elas se baseiam? Como a cultura influencia esses comportamentos?

Este estudo pretende contribuir para a discussão sobre o comportamento preventivo ao câncer e a influência da cultura nesse comportamento. Mesmo com diversas campanhas alertando sobre a necessidade de ter comportamentos preventivos para manutenção e recuperação da saúde e de prevenção e detecção precoce do câncer, estas não têm tido a adesão esperada da maior parte da população. Esse fato pode ser comprovado quando temos o câncer como a segunda causa de morte da população, no país.

Acreditamos que essa atitude de resignação às doenças e a falta de adesão aos programas de prevenção, tenham relação com as crenças dos sujeitos, aspecto destacado por Pinho e França Júnior (2003).

Outro aspecto que precisa ser investigado está relacionado com o acesso aos serviços de saúde e o custo dos comportamentos de prevenção que, provavelmente, não estão acessíveis de forma igualitária para toda população, aspecto também relatado por Pinho e França Júnior (2003), em relação às práticas de prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino.

Para tanto, o objetivo deste estudo foi apreender as idéias de prevenção do câncer, de um grupo específico de pessoas cadastradas no programa nacional de prevenção, sob o seu ponto de vista.

Para o seu alcance, o estudo seguiu a abordagem teórico-metodológica da antropologia médica que será apresentada a seguir.

3 O REFERENCIAL TEÓRICO: A cultura baseada na antropologia médica

Para definirmos o referencial teórico que norteará o nosso estudo, em busca da compreensão dos sujeitos, suas intenções, seus valores, sua situação, sua historicidade, enfim sua subjetividade (JUPIASSU, 2002), buscamos os pressupostos da antropologia médica.

Nessa perspectiva, há algumas décadas, a cultura era considerada como constituída de cinco elementos essenciais: conhecimentos, crenças, valores, normas e símbolos.

Também se reconhecia que todas as culturas possuem grande quantidade de conhecimentos práticos (proteger-se de uma intempérie, por exemplo), além de conhecimentos sobre a organização social, a estrutura familiar, os costumes, as crenças e as técnicas de trabalho, que são transmitidos de geração a geração (MARCONI; PRESOTTO, 2001).

Pela consideração anterior, compreendemos que a cultura era vista como um sistema fixo e homogêneo, no qual todos os membros de um grupo compartilhavam das mesmas idéias e agiam igualmente. Consistia em normas, práticas e valores vistos como anteriormente estabelecidos e fixos, determinando os pensamentos e atividades dos membros de uma comunidade. Hoje, a cultura é entendida de uma forma mais ampla e heterogênea (LANGDON, 2003).

Santos (1994) declara que existem duas concepções básicas de cultura. A primeira remete a todos os aspectos de uma realidade social e a segunda refere-se mais especificamente ao conhecimento, às idéias e crenças de um povo. Para o mesmo autor, a cultura é uma dimensão do processo social, da vida de uma sociedade. Não diz respeito apenas a um conjunto de práticas e concepções, não é

apenas uma parte da vida social. Cultura diz respeito a todos os aspectos da vida social, e não se pode dizer que ela exista em alguns contextos e não em outros. Assim, a cultura é uma construção histórica, não é decorrente de leis físicas ou biológicas, pelo contrário, é um produto coletivo da vida humana. É a dimensão da sociedade que inclui todo o conhecimento num sentido ampliado e todas as maneiras como esse conhecimento é expresso. A cultura faz parte de uma realidade onde a mudança é um aspecto fundamental. É uma dimensão dinâmica e criadora.

Minayo (1993, p.15), explica:

[...] cultura não é um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ela é o locus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado.

Marconi e Presotto (2001) consideram que o conceito de cultura varia no tempo, no espaço e em sua essência, apresentando-se sob vários enfoques: idéias, que seriam os conhecimentos e a filosofia; as crenças, como religião e superstição; valores, como ideologia e moral; normas, traduzidas pelos costumes e leis; atitudes, através do preconceito e respeito ao próximo; padrões de conduta, como os tabus; abstração do comportamento, refletido nos símbolos e compromissos; instituições, como família e sistemas econômicos; técnicas, como artes e habilidades; e finalmente artefatos, como o machado de pedra. Em síntese:

Os artefatos decorrem da técnica, mas sua utilização é condicionada pela abstração do comportamento. As instituições ordenam os padrões de conduta, que decorrem de atitudes condicionadas em normas e baseadas em valores determinados tanto pelas crenças quanto pelas idéias (MARCONI e PRESOTTO, 2001, p.45).

A abordagem antropológica interpretativa da cultura permite a compreensão e a interpretação de sistemas simbólicos. A antropologia interpretativa,

influenciada pelas idéias de Geertz (1989), defende um conceito de cultura essencialmente semiótico, isto é, interpretativo e compreensivo.

Nessa abordagem, a cultura é vista como uma ciência interpretativa, à procura do significado. Como sistemas de signos interpretáveis, a cultura “é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível, isto é, descritos com densidade” (GEERTZ, 1989, p. 24).

A antropologia interpretativa tem como objeto de estudo pequenos recortes da cultura, minuciosamente analisados pelo método etnográfico. Sua abordagem tem como pressuposto a grande riqueza de detalhes em relação à dinâmica cultural reconhecível a partir dos processos sociais inerentes ao grupo estudado.

Em síntese, a versão interpretativa da cultura analisa as formas simbólicas da vida humana e a sua relação com os acontecimentos sociais e as ocasiões concretas, numa tentativa de colocar identidade e outros aspectos inerentes à vida humana, em uma espécie de estrutura compreensiva e significativa (GEERTZ, 1989).

A influência da cultura no comportamento do ser humano em todas as suas dimensões é incontestável. O assunto é bastante estudado por diversas áreas do conhecimento científico e, principalmente, pela antropologia médica. Helman (1994, p. 21) expõe:

A antropologia médica trata de como as pessoas, nas diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas das doenças, os tipos de tratamento em que acreditam e a quem recorrem se ficam doentes. Também é o estudo de como essas crenças e práticas estão relacionadas com as mudanças biológicas e psicológicas no organismo humano, tanto na saúde quanto na doença.

Entretanto, a influência cultural nos fenômenos da vida tem sido pouco explorada quando se fala na prevenção de doenças, mais especificamente na prevenção do câncer, objeto deste estudo.

Para Langdon (2003), o desenvolvimento da antropologia médica como uma área de conhecimento, com uma especificidade teórica e conceptual, é recente. Porém, a relação íntima entre saúde e cultura não é um tema novo na antropologia.

Segundo Uchoa e Vidal (1994), a antropologia desenvolveu importante aparelhagem conceitual e metodológica para o estudo sistêmico das maneiras culturais de pensar e agir associadas à saúde. Estes autores relatam ainda que ela permite examinar relações entre os modelos da prática, que suportam a organização dos serviços, como os programas de prevenção e os modelos culturais dos usuários. A partir daí, ela fornece parâmetros para a reformulação da questão de adequação sociocultural dos diferentes programas de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo, e não somente como ausência de doença ou debilidade. Um estudo de saúde, então, inevitavelmente deveria considerar fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e ambientais e seus impactos em nossas vidas diárias (apud PITTS, 1996).

Kleinman (1998), entre outros antropólogos, na década de 70, apresentou uma nova abordagem para a cultura, relacionando-a com o processo saúde/doença, que integra os conceitos de patologia (*disease*), enfermidade (*illness*) e doença (*sickness*).

A enfermidade está relacionada à forma com que a pessoa doente, sua família e a sua rede social percebem, vivem e respondem aos sintomas

orgânicos e à incapacidade física. Envolve a apreciação dos processos corporais, a categorização e a explicação acessíveis ao senso comum. A patologia é o termo que designa o problema de saúde, sob a perspectiva profissional, restrito às alterações na estrutura biológica ou funcional do indivíduo, e a doença é tida como a desordem (ALMEIDA FILHO, 2001).

Langdon (2003) considera que esta nova abordagem resulta em mudanças importantes. Entre elas, um novo conceito de cultura e a perspectiva da doença como um processo sociocultural. Assim, a cultura é não mais uma unidade estanque de valores, crenças e normas, mas uma expressão humana em face da realidade. É uma construção simbólica do mundo sempre em transformação; é um sistema simbólico, fluido e aberto. O indivíduo, neste contexto, é um ser consciente, que age, e nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no seu pensamento ou na sua ação. Desse modo, é uma visão que permite heterogeneidade.

A doença é vista, nessa perspectiva, como uma construção sociocultural e subjetiva. Para Kleinman (1998), a condição humana tem certamente uma biologia, mas tem também uma história, uma política, um valor econômico, e estes refletem as diferenças culturais e subjetivas.

Diversos antropólogos incorporaram estes novos pressupostos aos seus conceitos de cultura.

Kleinman (1988) abre um novo caminho para o reconhecimento e para a análise dos processos culturais na saúde, nas dimensões cognitivas e sociais, incorporadas nas representações individuais, com a elaboração do conceito de Modelo Explicativo (ME). Este modelo é constituído por noções elaboradas sobre uma doença, objetivando estabelecer um quadro analítico capaz de conduzir comparações entre culturas e formas de prevenção.

O mesmo autor considera que o conhecimento de saúde do indivíduo tem um significado particular, pois é construído por diversas experiências singulares. Sendo assim, podemos dizer que o significado da doença tem uma dimensão temporal, ou seja, está sempre em transformação.

Para Uchoa e Vidal (1994), a utilização do ME permite avaliar o que distancia os modelos médicos dos não-médicos, a interação entre eles e os problemas de comunicação que surgem entre os diferentes modelos culturais durante as atividades educativas ou de pesquisa. Para os autores a identificação do ME facilita a comunicação entre os indivíduos, permitindo ações de intervenção que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles. Os autores destacam ainda que estas condições, a compreensão e a aceitabilidade, são essenciais para o sucesso de qualquer programa de saúde, principalmente o de prevenção do câncer.

Entretanto, Kleinman (1998) é criticado por limitar seu modelo às práticas curativas e entender a perspectiva de saúde como ausência de enfermidade. Coelho e Almeida Filho (2002) argumentam que Kleinman considerou que a prevenção integra o sistema de cuidado à saúde, mas a ela pouco se refere. Os autores destacam que a noção de promoção da saúde nem sequer é por ele mencionada.

O conceito de ME foi utilizado neste estudo para explicar as crenças dos sujeitos sobre o que era o câncer e suas causas, relacionando os conceitos do ME médico que se refere ao conceito de enfermidade médica, ou seja, alterações biológicas e psicológicas de acordo com a concepção biomédica, independente do reconhecimento ou da percepção pelo indivíduo ou pelo ambiente social e do ME leigo que incorporou a experiência e a percepção individual relativa aos problemas decorrentes do câncer, bem como a reação social a esta

enfermidade (KLEINMAN, 1988). Assim, no contexto deste estudo, o ME leigo é entendido como o processo de significação do câncer e dos comportamentos de prevenção.

Tendo delineado a abordagem teórica que orientará este estudo, passaremos a expor o percurso metodológico.

4 O PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para que pudéssemos apreender o comportamento de prevenção do câncer, baseado no modo de vida dos sujeitos, foi necessário utilizarmos uma abordagem metodológica que possibilitasse a interação com o sujeito e na qual se obtivessem os seus sentidos para um determinado comportamento.

Nessa perspectiva, desenvolvemos este estudo na abordagem metodológica qualitativa, especificamente a do método etnográfico, usando a técnica do estudo de caso.

O método etnográfico é uma ferramenta útil para estudar e entender outras culturas ou mesmo grupos específicos de pessoas, e tem como resultado final uma descrição densa da natureza de um fenômeno (MAYAN, 2001).

Marcus e Liehr (2001) referem que esse método é utilizado por profissionais de saúde para investigar variações culturais e estudar grupos de pacientes como subculturas dentro de contextos sociais mais amplos. Para Kleinman (1998), a etnografia não é meramente uma metodologia da ciência social, mas também, uma parte intrínseca da antropologia social e cultural.

Conforme Lüdke e André (1986), o estudo de caso segue os pressupostos do método etnográfico, em que o caso se destaca por se constituir numa unidade dentro de um sistema mais amplo. O estudo de caso etnográfico desenvolve-se em uma situação natural, rica em dados descritivos, focalizando a realidade de uma forma complexa e contextualizada.

As principais finalidades do estudo de caso etnográfico são: a) visar descobertas, procurando sempre novos elementos durante o estudo; b) enfatizar a

interpretação em contexto, ou seja, levar em conta o contexto no qual o objeto de estudo está situado; c) relatar a realidade de forma completa e profunda; d) utilizar diferentes fontes de informação, além de cruzar estas, confirmando ou rejeitando hipóteses; e) revelar experiência vicária e permitir generalizações naturalísticas; f) procurar representar os diferentes pontos de vista presentes numa situação, podendo o pesquisador revelar o seu próprio ponto de vista sobre a questão e g) utilizar uma linguagem acessível no relatório da pesquisa (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

O caso, em questão, é um grupo de mulheres que participa de um programa de prevenção do câncer do colo do útero. Para isso, foi necessário conhecer o que elas pensam sobre o câncer e sobre as suas formas de prevenção, procurando compreender o significado que dão à doença e a sua prevenção.

Nesse sentido buscamos apreender o que os sujeitos relatam, conhecendo a explicação que dão para os fenômenos, ou seja, o significado que dão ao câncer e suas formas de prevenção a partir de suas experiências. Cabe destacar que está pressuposto nas falas dos sujeitos existe algo a mais do que aquilo que foi dito, e este algo é possível de ser compreendido. Alves e Rabelo (1998) argumentam que, ao organizar suas experiências de vida, os sujeitos dão um significado a elas, sendo esse significado a forma como eles se vêem no mundo e como eles se orientam e agem neste mundo. Para Geertz (1989), a abordagem interpretativa no contexto da antropologia possibilita o conhecimento do extenso universo do discurso humano.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário deste estudo foi a comunidade do Jardim Ana Rosa, no município de Cambé, situada ao Norte do estado do Paraná. Cambé possui cerca de 90.000 habitantes, sendo a maioria moradora da área urbana. A comunidade estudada, o Jardim Ana Rosa, situa-se na periferia da cidade.

Conforme as informações obtidas pelo Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB (ANEXO A), este bairro tem uma população de cerca de 10.922 pessoas, sendo 5.431 homens e 5.491 mulheres. A região conta com uma Unidade Básica de Saúde, equipada com três equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), com 2.960 famílias cadastradas. O Jardim Ana Rosa possui duas escolas, comércio atuante com supermercados, farmácias e outros. Nessa comunidade, 99% da população é abastecida de água pela rede pública, 47% está servida de rede de esgoto e 50% utiliza-se de fossa, 95% possui energia elétrica e 92% mora em casa tipo alvenaria. As doenças prevalentes, na faixa etária superior a 15 anos, são: hipertensão arterial, seguida de diabetes mellitus e em terceiro lugar o alcoolismo. Somente 7% da população tem planos de saúde privados.

4.3 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

De acordo com a proposta deste estudo, optamos por definir um grupo específico de sujeitos, que foi constituído por mulheres que haviam realizado, há pelo menos um ano, o exame de prevenção do CCU. Este grupo foi escolhido pela facilidade de nosso por já participarmos das atividades de prevenção do câncer na Unidade Básica de Saúde do Jardim Ana Rosa, além de já existir um cadastro

prévio destas mulheres na unidade, fato que facilitou o contato com os sujeitos. É importante destacarmos que o programa de prevenção do CCU é um programa já consolidado, que pertence ao grupo de programas de controle do câncer do Sistema Único de Saúde (SUS), e que ele se enquadra no foco da prevenção primária e secundária, objeto desta pesquisa.

Os sujeitos foram selecionados para este estudo a partir de uma lista de nomes do livro de registro dos exames de Papanicolaou realizados no período de janeiro a dezembro de 2003 na UBS do Jardim Ana Rosa. Inicialmente selecionamos os números dos prontuários das pacientes e em seguida realizamos uma busca no sistema informatizado da Unidade de Saúde para a aquisição do endereço e telefone dos sujeitos. Excluímos as mulheres que não tinham telefone para contato, pela dificuldade de acesso a estas por meio dos seus endereços residenciais, pois muitos estavam desatualizados ou incompletos.

O convite para a participação deu-se inicialmente por telefone, quando era explicado de forma simplificada o motivo da ligação e proposto um encontro no local e horário de melhor conveniência para o sujeito convidado. A maioria das mulheres optou por ir até a UBS; em alguns casos aproveitamos para realizar a primeira entrevista antes ou após o horário de atendimento já agendado na UBS. É importante destacar que esses atendimentos já estavam agendados e não tinham nenhuma relação com a prevenção do câncer. Em um caso, o primeiro encontro foi realizado em um ambulatório de especialidades médicas do município de Cambé, onde as pacientes são cadastradas para consultas com especialistas pelo SUS.

O número de sujeitos do estudo foi definido no processo da coleta de dados, à medida que fazíamos uma análise prévia dos dados, buscando os

aspectos fundamentais ao desenvolvimento deste estudo. Percebíamos que os dados iam-se repetindo em relação a alguns aspectos, como: o que é o câncer, como ele se desenvolve, como preveni-lo e os determinantes da busca da prevenção. Assim, podemos dizer que os processos de coleta de dados e de análise foram concomitantes. Porém, no que se refere à interpretação dos dados, não tivemos nesse momento uma preocupação com a saturação, já que a análise era prévia e, portanto, não permitia considerarmos toda a complexidade das falas.

Nesse momento nos preocupamos em realizar as entrevistas com a maior profundidade possível, sendo necessário, para a maioria dos sujeitos, mais de um encontro.

4.4 ESTRATÉGIAS PARA A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizadas como procedimentos básicos a entrevista semi-estruturada e a observação. Bressan (2000) diz que, no método do estudo de caso, podem-se obter evidências a partir de diferentes fontes de dados, entre as quais destacam-se a entrevista e a observação.

As entrevistas foram individuais, o que possibilitou a obtenção de informações mais densas.

A entrevista é um instrumento básico para coleta de dados porquanto permite a captação imediata e corrente da informação desejada, o aprofundamento dos dados, correções, esclarecimentos e adaptações que se tornarem necessárias (LÜDKE; ANDRÉ 1986), além de ser uma das fontes de dados mais importantes para os estudos de caso (BRESSAN, 2000).

Para melhor compreensão do fenômeno, além das entrevistas individuais foi utilizada também a observação. Segundo Lüdke e André (1986) e Bressan (2000), a observação ocupa um lugar privilegiado, tanto como a entrevista. Ela permite que o pesquisador chegue mais perto da perspectiva dos sujeitos, pela observação *in loco* das experiências diárias, para descobrir novos aspectos do problema ou mesmo para coletar dados adicionais sobre o caso em estudo.

A observação, neste estudo, deu-se durante as entrevistas, com o objetivo de complementar os dados, e não se constituiu como o foco principal da coleta de dados e de posterior análise das informações. A observação traduziu-se no registro de comunicações não verbais durante as entrevistas.

A coleta de dados e as transcrições foram realizadas exclusivamente por nós.

Para facilitar o registro dos dados, gravamos as entrevistas em fita *cassette*, e as situações que observamos, registramos em um diário de campo e, posteriormente, combinamos com o material transcrito das gravações.

Procuramos realizar a transcrição dos dados o mais brevemente possível, para que pudéssemos registrar de maneira fiel as notas de campo das observações, com a entonação de voz, risos e outras formas de comunicação não-verbais. Assim, logo após a transcrição, essas eram lidas cuidadosamente e complementadas com as observações de campo. Como já explicitamos, fizemos a coleta de dados de forma concomitante à análise dos dados. Esta análise permitiu a percepção da necessidade de uma nova entrevista com o sujeito ou mesmo a necessidade de buscar outros sujeitos.

Ocorreram pelo menos dois momentos de entrevistas para cada sujeito, com duração de trinta minutos a uma hora e meia.

Durante as entrevistas utilizamos um instrumento semi-estruturado, com questões de identificação pessoal que incluíam: nome; idade; religião; estado marital; número de filhos; escolaridade; renda familiar e ocupação. Coletamos esses dados com o intuito de contextualizar o sujeito, facilitar novos contatos e questões com o intuito de identificar as crenças sobre a prevenção do câncer (ANEXO B).

Com ênfase em compreendermos o comportamento de prevenção do câncer, julgamos imprescindível determinar o conhecimento dos sujeitos sobre o câncer. Iniciamos esta investigação com a pergunta: *Qual é a primeira coisa que lhe vem na cabeça quando você pensa no câncer?* seguida de outras questões como: *O que é o câncer? O que causa o câncer? Como o câncer se desenvolve?*

A partir daí, voltamos o foco da investigação para a prevenção. Destacamos, então, o conhecimento das mulheres entrevistadas sobre o que é a prevenção, qual a sua importância, as formas de prevenção do câncer e de outras doenças.

Considerando que os sujeitos em sua totalidade faziam parte do programa de prevenção do câncer do colo do útero, perguntamos também sobre por que buscavam a prevenção - obtendo em resposta falas que determinavam os fatores de motivação e de desmotivação desta busca - e ainda sobre qual o papel da família e dos amigos no comportamento de prevenção dos sujeitos. Nessa fase, as principais perguntas foram: *O que é a prevenção? Como podemos prevenir o câncer? O que fez você vir realizar um exame de prevenção do câncer? Por que outras pessoas não o fazem? O que sua família ou amigos dizem sobre a prevenção do câncer?* Embora não tenhamos perguntado, os sujeitos destacaram o impacto que os profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, causam nos

comportamentos de prevenção, enfatizando nas falas o relacionamento interpessoal entre os pacientes e o profissional de saúde e questões de gênero.

No final das entrevistas buscamos conhecer o que o sujeito acreditava ser mais importante para prevenir o câncer. O propósito dessa incursão foi destacar, dentre tudo que havia sido exposto pelo sujeito, o que ele realmente acreditava. Para isso perguntamos: *Se você pudesse dar uma dica para outras pessoas sobre o que é mais importante para prevenir o câncer, o que você diria?*

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Podemos dividir as questões éticas presentes neste estudo em três momentos distintos, descritos a seguir.

O primeiro passo que demos em relação às questões éticas, neste estudo, foi uma conversa informal com a enfermeira responsável pelas Unidades Básicas de Saúde do município de Cambé, explicando sobre a intenção da realização da pesquisa e a possibilidade da coleta de dados. Desde esse primeiro momento houve uma aceitação do processo.

O segundo passo foi o desenvolvimento do projeto de pesquisa e a aprovação deste pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná - HURNPR (ANEXO C). Enviamos uma solicitação formal à Secretaria de Saúde do município de Cambé (ANEXO D) e em seguida apresentamos o projeto, em linhas gerais, às enfermeiras e demais integrantes da equipe de saúde da Unidade Básica do Jardim Ana Rosa, ocasião em que discutimos alguns detalhes práticos sobre como seria a nossa atuação durante a coleta de dados e a contribuição que esta pesquisa poderia dar a nossa prática profissional.

O terceiro momento deu-se durante a seleção e entrevista com os sujeitos. Tratamos a estes com dignidade, respeitando seu direito de consentimento livre e esclarecido e garantido-lhes o sigilo das informações coletadas e o anonimato, conforme Resolução n. 196/96 de 10 de outubro de 1996 que institui as Normas de Pesquisa em Saúde Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1997).

No momento da coleta de dados, foi entregue o termo de consentimento informado, que constava de informações sobre a pesquisa, seus objetivos, sigilo das informações, uso do gravador, bem como a liberdade de não-participação (ANEXO E). Passamos estas informações de maneira simplificada às mulheres, além de aproveitar este momento para tirar as possíveis dúvidas que ainda existissem. Todas as mulheres abordadas aceitaram participar, mostrando-se solícitas e honradas em participar da pesquisa. Algumas mostraram-se incomodadas pelo uso do gravador, mas permitiram o seu uso, diante da percepção de que as falas seriam longas e o gravador facilitaria o processo.

Para garantir o anonimato dos sujeitos que participaram do estudo não citamos seus nomes nem relacionamos diretamente aos sujeitos suas ocupações.

5 O COMPORTAMENTO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A idéia sobre o comportamento de prevenção dos indivíduos em relação ao câncer e sua relação com a cultura é o principal objetivo que nos propusemos a investigar neste estudo de caso. Com a intenção de favorecer a contextualização dos sujeitos entrevistados, apresentamos uma breve caracterização das mulheres representada no quadro 2.

Sujeito	Idade	Religião	Estado Marital	N.º de filhos	Escolaridade	Renda Familiar*
S1	24 anos	católica	divorciada	2 filhos	2º grau incompleto	1 SM
S2	29 anos	católica	casada	2 filhos	1º grau incompleto	2,7 SM
S3	53 anos	evangélica	casada	1 filho	Fundamental incompleto	1,2 SM
S4	23 anos	católica	casada	0	2º grau incompleto	2,7 SM
S5	60 anos	católica	casada	3 filhos	Fundamental incompleto	2,8 SM
S6	36 anos	católica	casada	3 filhos	2º grau	3,1 SM
S7	42 anos	católica	casada	2 filhos	1º grau incompleto	2 SM
S8	48 anos	católica	separada	2 filhos	1º grau incompleto	2,7 SM
S9	31 anos	católica	casada	0	1º grau incompleto	2,7 SM

* Calculada a partir do valor do salário mínimo (SM) vigente no ano de 2004.

Quadro 2 - Caracterização dos sujeitos em relação à idade, religião, estado marital, número de filhos, escolaridade e renda familiar.

Podemos verificar que os sujeitos deste estudo foram mulheres, variando entre 23 e 60 anos de idade. Todas afirmaram ter uma religião, sendo nove mulheres católicas e uma evangélica (S3).

As casadas tinham união conjugal que variava de 2 anos a 44 anos, relatando uma delas (S8) sua separação conjugal recente, depois de uma união de 23 anos.

Sete das mulheres tiveram filhos, uma das quais (S3) teve um filho adotivo por problemas de infertilidade. Uma das mulheres (S9), que também não teve filhos, relatou problemas de infertilidade do esposo, dizendo, porém, que não desejava tentar a gravidez, nem pensava em adoção. Uma delas (S4) relatou o desejo de planejar o nascimento do seu primeiro filho mais tardiamente, visto que se considerava muito jovem.

Todas tinham baixa renda e nível de instrução variando entre o ensino fundamental e o ensino de segundo grau. Não incluímos a descrição das ocupações na tabela de caracterização geral com intuito de preservar o anonimato dos sujeitos. As ocupações a que se dedicavam podem ser consideradas de baixo status social, uma delas era zeladora de escola, uma revisora de costura, uma auxiliar de serviços gerais de uma academia de ginástica, uma auxiliar de serviços gerais de um supermercado, uma doméstica, uma agente comunitária de saúde, uma desempregada e duas do lar.

As características sociais dos sujeitos deste estudo são comuns à população de usuários do SUS. Vale destacar que essas mulheres não tiveram o diagnóstico de câncer e, portanto, suas crenças sobre essa doença certamente foram baseadas em outras situações de contato com a doença, não necessariamente pessoal, com exceção de uma mulher (S8) que teve o diagnóstico de câncer de pele e ainda fazia tratamento.

[...] o câncer [...] da pele eu mesmo tive o comecinho, por queimadura de sol... [...] foi formando uma feridinha [...] foi sangrando, ardia com o ar ou com o vento, ardia muito...ela pediu pra não ficar sem protetor, pra cuidar

direto e a noite eu passo uma pomada. [...] do rosto eu fiquei feia, parecia que eu tinha queimado com gordura [...]. (S8, 48 anos)

Após ler várias vezes o material de transcrição das falas e os registros de campo, os categorizamos e organizamos em quatro unidades de significações, que expõem as interpretações do pesquisador, baseadas na vivência dos sujeitos, nos seus relatos, que analisamos pelos conceitos teóricos utilizados.

Dividimos as unidades de significação em: o câncer e sua etiologia; a importância da prevenção, as formas de prevenção e os fatores que motivam e desmotivam esta prática; o impacto das atitudes do profissional de saúde nos comportamentos de prevenção e o que realmente previne o câncer. Descrevemos estas unidades a seguir.

5.2 O CÂNCER E SUA ETIOLOGIA

Nesta unidade discutiremos as crenças das mulheres sobre o impacto da palavra câncer, o que é o câncer, quais são seus tipos, como ele se desenvolve e quais são suas terapêuticas. Esta unidade foi dividida em três subunidades: o estigma da palavra câncer; a gênese do câncer e as causas do câncer, cada uma apresentando subitens que explicam as crenças dos sujeitos. Consideramos Ter sido difícil, para maioria das mulheres, responder a estas questões. Na verdade, elas relatavam nunca ter refletido sobre esta temática. Foi um momento que exigiu habilidade de nossa parte, para motivar o raciocínio dos sujeitos.

5.2.1 O estigma da palavra câncer

Solicitamos às mulheres que falassem a primeira coisa que pensassem quando ouviam a palavra câncer. Foi um momento singular, em que elas expressaram realmente suas crenças sobre a doença, sem censura, sem pensarem no certo e no errado. Os mitos e os estigmas relacionados à doença foram surgindo. Um dos mitos que podemos destacar foi o da fatalidade da doença, que fica claro nas seguintes falas.

Ah, é uma doença bem trágica, né...bem trágica mesmo... é uma doença bem terrível...uma doença fatal...sei lá, eu acho que não tem cura, né...o câncer no cérebro...esses tipos de câncer, né...o do câncer de mama que tem a cura, né...mas é uma doença bem terrível. (S1, 24 anos)

Pode-se dizer que é praticamente uma sentença de morte, né...praticamente...se não for encontrado a tempo a pessoa tá sentenciada à morte. É uma doença horrível [...]. (S2, 29 anos)

Medo...medo...muito medo...uma doença sem cura...jamais...quem tem tá condenado, por que não tem cura. Uma doença terrível...um problema mesmo, né. (S9, 31 anos)

Para Helman (2003), algumas doenças permanecem arraigadas no folclore do povo, tornando-se populares. Isso acontece até mesmo com as doenças graves, como o câncer. Ele relaciona este fato à associação que os indivíduos fazem a crenças tradicionais sobre a natureza moral da saúde, da enfermidade e do próprio sofrimento humano. Esta popularização pode prejudicar o reconhecimento da doença, seu diagnóstico, manejo e controle da mesma.

O câncer, considerado doença de difícil tratamento, prever ou controlar, gera significados, como uma intensa ansiedade e medo (Helman, 2003). Nas falas de S1, S2 e S9 fica evidente o medo da doença, que é tida como *uma*

doença trágica, uma doença terrível, uma sentença de morte ou, ainda, uma doença sem cura.

Outro aspecto relevante nesta subunidade foi a revelação dos estigmas do câncer, entre os quais a deterioração do corpo humano e a causalidade da invalidez e sofrimento.

[...] Eu acho que é uma das doenças piores...piores é ela. Ela judia demais da pessoa, deixa a pessoa podre. É uma doença triste. (S2, 29 anos)

A impressão que dá quando a gente vê uma pessoa que sofre com câncer é que ela já tá entrando em decomposição, né. É o que a gente vê. Se a gente vai, por exemplo no hospital do câncer, a impressão que dá é que a pessoa já tá se decompondo...já moeu, já tá caindo os pedaços...tá começando a feder...tá começando a ficar podre... é uma doença horrível...eu acho horrível. (S2, 29 anos)

Medo...eu vejo muitas pessoas falando que “fulano morreu de câncer”...eu fico alerta. Ficar parálitica na cama...doente...se você não tiver quem cuide você vai ficar sofrendo, né...eu penso assim. Quebrar uma perna é mais fácil, agora o câncer é complicado... (S4, 23 anos)

um senhor que morou aqui, nos fundos da minha casa, ele tinha câncer na garganta, aí tem um aparelho que coloca assim sabe [mostrou a região do pescoço], não sei como que chama aquilo...nossa, é feio, né...dá até medo. Ele tá vivo, andando por aí...bebe [...] quando ele respirava fazia um barulho bem forte assim, sabe, aí a gente sabia que ele estava chegando [risos]. Eu sei lá, eu ficava tão assim sem jeito de olhar pra ele, né...eu não me sentia mal, eu acho que quem se sentia mal era ele por que, tipo assim, ele passa na rua as pessoas olham, né [...] Eu não olhava pra ele pra não perguntar o que tinha acontecido. Eu sabia que era câncer...a mãe dele falou pra mim [...]. (S4, 23 anos)

O câncer pra mim é uma doença tão horrível...[fala lenta e pausada]...sabe por que eu acho que deve dar muita dor... acho que dá tanta infecção na pessoa...a minha mãe mesmo morreu deste problema aí e ela gritava...ela gritava...e a gente estava sabendo que estava tudo podre por dentro...só tinha dor. (S5, 60 anos)

Minha mãe deu no colo do útero, uma irmã minha também. Na minha irmã, o médico disse que não tinha nem jeito de fazer uma cirurgia, por que já tinha desmanchado tudo...ela ficou meio assim na cama, que não podia nem sentar, nada [...] ela morreu, já estava com quase 70 anos. A minha mãe também foi a mesma coisa [...] não chegou nem fazer cirurgia, nada, que o médico disse que nem compensava. (S5, 60 anos)

Ah, é uma doença muito terrível...amedronta, né... Eu penso que é uma doença muito triste, né... que vai te destruindo por dentro. (S7, 42 anos)

o que mais me deixa apavorada é esse de útero [...] eu perdi a minha mãe assim, sabe...esse me deixa apavorada...todos que são por dentro, esses me deixam apavorada...por dentro é diferente, né...eles ficam escondidos, né. (S7, 42 anos)

O estigma geralmente é atribuído a um indivíduo que possui uma anomalia, e este é, então, desqualificado de uma relação social completa (DEITOS et al. 1997; GOLFMAN, 1988). É o que se vê: os pacientes com câncer são freqüentemente marginalizados pela sociedade. Esta relação fica clara nas falas de S2, que traduz as mudanças do corpo de uma pessoa com câncer como se este já estivesse em *decomposição, podre, caindo os pedaços e começando a feder*, ou de S4 que refere a possibilidade de invalidez, *como ficar paralítica na cama, doente, sofrendo, dependente de cuidados* dizendo, ainda, ter medo da doença e preferir não olhar para o seu vizinho que tem câncer na garganta.

O estigma também é evidente na fala de S5 que diz que sua mãe e sua irmã não tinham chance de tratamento, pois nelas estava *tudo desmanchado e podre por dentro*.

Na fala de S7, o medo também aparece em destaque associado ao temor dos tumores internos, que ficam *escondidos* e ainda fica claro a crença que o câncer *vai destruindo por dentro*.

Helman (2003) apresenta um estudo realizado por um pesquisador em Israel. Nesse estudo os estigmas apresentados sobre o câncer se assemelham aos encontrados em nosso estudo. Para ele o câncer foi visto como um alienígena, que come o corpo da vítima por dentro e qualquer coisa que venha pela frente.

O estudo de Colyer (1996) discute a questão da imagem corporal e da sexualidade das mulheres que têm câncer, concluindo que o modelo médico atual não está preparado para atender esta demanda, que precisa ser atendida de uma forma holística. Acreditamos que este fato se deva às crenças dos profissionais

de saúde provavelmente não serem tão diferentes das crenças leigas aqui apresentadas, e que, como o autor citado também sugeriu, estes profissionais deveriam ser melhor capacitados para atender a demanda sem excluir seu contexto cultural.

Alguns sujeitos do nosso estudo percebem o câncer de uma forma menos fatalista. Duas mulheres (S3 e S8) vêem o câncer de uma maneira menos negativa, devido à possibilidade de cura.

O câncer é uma coisa muito ruim e é uma coisa assim.....ruim quando não se é tratado, mas pelo que a gente vê hoje em dia, como tem muito tratamento... que não é assim...é se cuidar que não é assim: câncer é morte. Entendeu... que nem muitos levam ao desespero, basta você estar consciente e querer se tratar, por que câncer não é morte, né. (S3, 52 anos)

Eu já vivi um drama assim, né...meu pai...então pra mim isso é normal, já tive medo, agora não tenho mais nada...depois que eu aprendi a mexer com o meu pai no hospital, né...então pra mim é normal... eu lutei com ele, né...lutei pra todo lado...hospital, por tudo, dia e noite com ele...aprendi a conviver com a doença [risos]. Eu vi o câncer de pele, câncer no sangue, vi vários no hospital, ficava dia e noite lá, então eu vi muito, por isso que eu não tenho medo, por que as pessoas estavam lutando contra aquilo[...] na minha família ninguém assusta mais por causa disso, a gente quase perdeu o pai, o médico conversou muito com a gente que meu pai ia morrer se ele não reagisse àquele medicamento, aí ele explicou pra gente bastante coisa, deixou a gente bem calmos.(S8, 48 anos)

5.2.2 A gênese do câncer

O desenvolvimento do câncer foi um tema que consideramos importante investigar em nosso estudo, visto que acreditamos que os comportamentos de prevenção do câncer dos sujeitos são pautados em seus conhecimentos e crenças e, portanto, dependem de como estes acreditam que o câncer se desenvolve no organismo humano.

Nesta subunidade, perguntamos às mulheres como elas achavam que o câncer se desenvolvia no organismo e quais os tipos de câncer que elas conheciam. Como resultado, houve uma aproximação do conhecimento das mulheres com o conhecimento do modelo médico, que ficou claro nas explicações sobre os tipos de tumor. Entre as crenças encontradas podemos destacar:

5.2.2.1 Todo mundo tem câncer

A crença de que todo mundo tem câncer surgiu nas falas de S2, S8 e S9.

Todo mundo tem o câncer, né. Ele pode se desenvolver... a gente tem o câncer dentro da gente e a qualquer momento ele pode se desenvolver... tem o tumor maligno, tem o benigno... vou acelerar às vezes o aparecimento dele...muitas vezes...pelo o que eu faço... é tipo assim uma bactéria, né... então eles tão ali a postos, né ...diz assim...que nem um enxame de vespa, uma coisa assim...pra atacar e no momento oportuno ...eles estão ali na espera.(S2, 29 anos)

[...] diz que todo mundo tem, só que ele age de uma maneira diferente em cada um, não é todas as pessoas que ele reage. É tipo uma célula...ela tá ali quietinha, por isso que eles pedem pra não fumar, não beber, coisas assim que provocam, se a pessoa tem tendência, já chama ela, né. (S8, 48 anos)

Diz que nós todos temos, né...acho que foi no jornal que eu vi. Que todo mundo tem, tem. Dependendo do caso ele é violento, né...muito violento. (S9, 31 anos)

Esta crença se aproxima do conhecimento científico, de acordo com o qual, existe a possibilidade de que todos nós, em algum momento, poderemos sofrer alguma alteração genética em nossas células.

A crença da existência de tumor benigno e maligno e o conhecimento de que é possível acelerar o processo do desenvolvimento do câncer, como o tabagismo, também se aproximam do conhecimento científico.

Entretanto, aprendemos que, para estas mulheres, o tumor, inerente ao organismo, fica adormecido. Esta é uma forma de pensar que relaciona o desenvolvimento do câncer com aspectos da vida diária - dormir e acordar - , que associa o estigma da doença, como batalha; este é um pensamento-padrão, construídos no convívio social entre grupos de pessoas originárias das classes populares da sociedade (MARUYAMA, 2003).

Essa forma de pensar contrapõe-se ao conhecimento médico. No modelo médico, o desenvolvimento do câncer ocorre quando alterações genéticas, denominadas de mutações, interferem nos mecanismos normais de controle celular. Estas mutações podem ser herdadas ou adquiridas durante a vida, por meio de processos endógenos ou pela exposição a fatores ambientais, como compostos químicos, radiações ionizantes ou a vírus oncogênicos (CABALLERO et al, 1998).

As neoplasias benignas não representam grande risco à integridade física dos seus portadores. “Caracterizam-se por um crescimento lento e ordenado, sem potencial invasivo ou migratório. Macroscopicamente são tumores bem delimitados [...]” (FERNANDES JÚNIOR, 2000, p.4).

As neoplasias malignas são formadas por células geneticamente alteradas e instáveis; estas alterações, inicialmente, são restritas a uma única célula de crescimento rápido e atípico. A capacidade de autocontrole tecidual é perdida. É necessária uma neovascularização para suprir as necessidades de oxigênio e nutrientes do novo tecido, que nem sempre é suficiente. Tecidos circunvizinhos são invadidos, e mecanismos de interação entre as células neoplásicas e o endotélio

vascular propiciam o aparecimento de metástases em órgãos à distância, as quais, geralmente, são causadoras dos óbitos dos acometidos (FERNANDES JÚNIOR, 2000).

5.2.2.2 Os sinais do câncer

As mulheres relacionaram o surgimento do câncer a sinais, como: caroço, ferida ou alterações na pele.

[...] começa numa feridinha de nada, muitas vezes, e quando vê. Que nem uma amiga minha que quando viu já tava em terceiro grau a ferida no colo do útero, que foi um tratamento muito sério que ela teve que fazer por isso. (S3, 52 anos)

Diz que o câncer de mama dá tipo um caroço no seio, mas eu não sei que tipo que é esse caroço...não sei...ah, eu sei que o câncer de nariz parece que descasca a pele [...]. (S4, 23 anos)

É assim uma ferida...uma coisa que fica ali localizada num lugar ali...estragando a pessoa por dentro. (S5, 60 anos)

Pode ser uma ferida...sei lá... dá dúvida se o câncer de mama é o mesmo que o câncer de útero. Sei que é um...sei lá...é tipo uma bola de carne...não sei...tipo uma ferida. (S6, 36 anos)

[...] tem uns nódulos que... uns saem do lugar outros não...se for um que fica paradinho...quietinho ali, mas mexe assim sem sair do lugar, esse dá pode ser um câncer de mama. (S6, 36 anos)

É uma ferida, um negócio assim sabe na parte interna da gente [...]. (S8, 48 anos)

[...] o câncer [...] da pele eu mesmo tive o comecinho [...] foi formando uma feridinha[...]foi sangrando, ardia com o ar ou com o vento, ardia muito...[...]. (S8, 48 anos)

O aparecimento do câncer é acompanhado de sinais, nem sempre perceptíveis pelos indivíduos. Vanzin e Nery (1997) consideram esses sinais como um alerta: úlceras ou feridas que sangram e não cicatrizam; nódulos ou caroços

com crescimento progressivo; manchas na pele que mudam de cor; lesões que aparecem e desaparecem; disfagia e dispepsia; emagrecimento sem causa aparente; obesidade; presença de verrugas; dor; rouquidão e tosse; assimetrias; sangramentos; dispnéia; anemias inexplicáveis; disúria; mudanças nos hábitos intestinais; entre outros.

Gabeza et al. (1999) encontraram em um estudo realizado com 124 mulheres de Mallorca, na Espanha, a crença de que os sinais de alarme dos cânceres são manchas que mudam de aspecto, são verrugas, sangramentos, tosse e dificuldade para urinar.

5.2.2.3 O câncer age como um bicho

O câncer é considerado um *verme* ou uma *bactéria* que vai comendo.

[...] se vai deixando [...] vai aumentando, né...ele vai comendo...que essa bactéria... é assim que nem um bicho que vai comendo... A bactéria, eu penso, que é uma coisa minúscula, tão pequenininha que ele vai na corrente sanguínea e vai indo e vai se formando...vai passar pelo intestino...mais partes...vai subindo [...].(S3, 52 anos)

A comparação do câncer com um bicho foi encontrada também por Gordon apud Helman (2003). Em seu estudo descritivo, com mulheres na Itália, o autor relata que seus sujeitos viam o câncer como um animal que devora o corpo da mulher.

5.2.2.4 O câncer se alastra como se fosse a raiz de uma planta

Normalmente os indivíduos tentam explicar o mecanismo das doenças a partir de algo já conhecido, pela utilização de uma figura de linguagem, a metáfora.

As metáforas encontradas neste estudo estão representadas nas falas a seguir.

Eu já ouvi falar do câncer... tem aquele que não esparrama pelo corpo e o outro que esparrama.... deve ser através do sangue... é o maligno e o benigno...não sei se é o maligno parece que às vezes toma conta do corpo, né...pode passar pra outros lugares, e o outro não [...]. (S1, 24 anos)

O câncer...alguns casos têm raiz, né... é como fosse uma batata enraizando e se não deixar a raiz crescer, arranca ele e fica sem a raiz e a raiz não vai continuar crescendo [...] e muito velho toma conta...aí ele passa de um lado para o outro...sai de um órgão vai pra outro...aí vira um cacete... eu acredito que é pelas raízes...é como se fosse um mapinha [...]. (S2, 29 anos)

[...] que nem fosse uma coisa que tá implantado mesmo na gente, uma coisa tipo genético, né...a gente tem o pro mal e o pro bem... o maligno ele cresce...ele prospera...a tendência é aumentar e esparramar no organismo na corrente sangüínea [...] se vai deixando [...]. Por exemplo, ele tá aqui ligado aqui em baixo e indo para cima, não tá lá em cima deixando em baixo, se ele tá lá em cima é por que já tá tudo tomado. A leucemia, que daí é no sangue...que daí é diferente, que daí já passa por todo o corpo, agora o câncer mesmo ele vai prosperando e vai aumentando ...o benigno eu penso que é uma coisa que não desenvolve, né...ele tá quieto, mas uma hora ele até pode até atacar [risos] mas, ele fica quieto, é uma coisa que não tem significância...ele é do bem. (S3, 52 anos)

Tem o benigno e o maligno [...] diz que quando fala que é o mal...é este maligno...aí diz que ele cria raiz...não sei... então tanto do bom quanto do mal a gente tem medo, mas diz que esse do mal é pior. (S6, 36 anos)

Acho que surge uma ferida, tipo uma feridinha, uma bolinha, alguma coisa assim, e se você não se cuidar, não procurar ajuda, ela vai se alastrando...como se fosse sabe uma planta que vai criando raiz, vai dando raiz, vai se desenvolvendo....tipo assim nasce feridinha aqui...uma bolinha aqui...eu acho que se der na perna ou no braço, acho que é como se fosse uma batida, tipo assim, você bateu, aí de repente forma um carocinho e se você não cuidar, com o tempo o câncer pode formar [...]

vai esparramando pela carne, como uma raiz mesmo [...] eu acho que ele vai brotando... dali ele vai brotando em outro lugar [...]. (S7, 42 anos)

[...] Mesmo quando tira... é difícil, né...por mais que você tire sempre fica uma raizinha...dá impressão assim, igual um pé de planta, você arranca o pé de planta a raiz, tudo, mas sempre fica um toquinho, né...daí ela vai continuando, vai dando prosseguimento...é assim que eu imagino...é só o fato da gente tá vivo, o sangue trabalhando ali, a parte interna da gente é molinha, né vai espalhando. (S8, 48 anos)

[...] Eu acho que ele é tipo uma raiz, vai criando umas raizinhas, uma veinha assim [...]. (S8, 48 anos)

Maligno...benigno...não sei das quantas...eu acho que maligno é o mais forte, ele aumenta muito rápido, mais rápido, ele cria raiz, tipo uma árvore, né...o benigno não sei se dá raiz. (S9, 31 anos)

Vejo falar que o maligno... acho que foi um médico falando na televisão que o maligno, ele sempre vai dar em outros cantos do corpo...o benigno acho que não. Eles falam raiz, né... mas não é...eu acho que é no sangue...o sangue que tá contaminado já com esse maligno...quando a gente tá com a resistência baixa ele vai tomar conta do corpo inteiro...por exemplo, quando a gente pega uma gripe...tá com a resistência baixa...a gripe vai ficar forte...se a gente tá com a resistência baixa...a gente pega a gripe como pode dá o câncer também. (S1, 24 anos)

Helman (2003) considera que estas metáforas, de certa forma, são incorporadas ou internalizadas por aqueles que as empregam. Para o autor, as metáforas passam a fazer parte tanto do modo como os indivíduos vivenciam os eventos quanto dos sentidos que dão a estas experiências, tanto individualmente, em seu próprio corpo, mas também fora dele.

Uma das metáforas utilizadas pelos sujeitos no nosso estudo foi que o câncer se alastra como se fosse a raiz de uma planta. Nessa forma de significação, o câncer é comparado com uma planta: o desenvolvimento do tumor maligno e suas metástases se assemelham ao de uma *raiz*. Vale destacar que o termo metástase não apareceu em nenhuma das falas.

A crença sobre como o câncer se esparrama pelo corpo fica clara na fala de S3, que entende que é necessário um caminho entre as estruturas do corpo para que o câncer possa progredir, diferente da leucemia que circula pelo sangue.

Em outras falas a crença é diferente, visto que deixa entender que este processo também pode-se dar pelo sangue (S1, S3, S6).

Outra metáfora que encontramos foi a relativa ao significado dado aos tipos de câncer, sendo o tipo benigno chamado de *do bem* e o maligno de *do mal*, explicando-se suas características com base no conhecimento das *forças do bem e do mal*.

Para algumas mulheres, a explicação de como o câncer se desenvolve parece mágica e sobrenatural: *parece que é um mistério*, fugindo da explicação do modelo médico.

[...] parece que são os glóbulos brancos que ficam mais fracos...não sei...é alguma coisa desse tipo, não sei se é verdade, mas diz que é alguma coisa relacionada ao sangue. Do sangue seria mais a leucemia mesmo, né. Os outros eu acho que é um mistério. (S2, 29 anos)

Em nosso estudo, S1 relaciona a leucemia com a queda de cabelos e o vômito.

Ah, a leucemia é aquela doença que cai o cabelo...vomita...eu acho que é aquela. (S1, 24 anos)

Essa confusão entre a doença e o efeito da terapêutica também foi identificada por Cabeza et al. (1999) em seu estudo, no qual mais de 70% das mulheres indicaram a queda de cabelo como um sinal de alerta para o câncer. Outros sinais de confusão foram indicados em menor proporção, como: diminuição do apetite, dor, náuseas, vômitos e febre: sinais relacionados à terapêutica e não à doença.

Outro aspecto encontrado foi a visão do corpo como a de uma máquina,

[...] ah, deve ser algum tumor, alguma parte que não tá funcionando...ah, uma parte da gente que tá morrendo, né. (S1, 24 anos)

Esse aspecto também é apresentado por Helman (2003) e inclui a idéia de que partes individuais desta máquina podem falhar ou parar de funcionar, colocando em risco o todo. As peças devem então, ser reparadas ou trocadas.

Uma das mulheres (S1) refere-se ao câncer acreditando que se trata de alguma parte do corpo que não está funcionando. Outra crença encontrada neste estudo foi a de que o corpo é como um encanamento.

Ah, eu já vi assim em animais, não sei se é a mesma coisa. É uma coisa que fica assim meio preto...cria pus.....o câncer não vaza, né...não sei...eu vi assim...eu nunca tinha visto isso na minha vida, mas uma mulher em Londrina que queria se matar... a polícia pegou e disse que já tava com câncer no cérebro e disse que tava vazando já pelo ouvido...nunca tinha ouvido falar isso e ouvi falar isso dela, agora não sei se é verdade...diz que já tava vazando pelo ouvido...pus...eu acho que é isso. (S1, 24 anos)

Nesta crença, “(...) o corpo é concebido como uma série de canos ou tubos” (HELMAN, 2003, p.35). A fala de S1 nos dá essa impressão, por ela relacionar uma lesão no cérebro a algo que, de alguma forma, vaza pelo ouvido.

5.2.2.5 A cura do câncer

A cura do câncer é uma crença que emergiu nas falas como uma dúvida. Elas expressaram a incerteza de que o câncer possa ter cura, mesmo que seja descoberto precocemente.

o maligno e o benigno [...] eu acho que é tudo a mesma coisa, tudo mata. (S1, 24 anos)

[...] ele vai passando de um lado pro outro, aí chega um estágio que eu acho que não tem mais jeito. Se os órgãos estiverem próximos [...] vai enraizando e vai tomando conta. (S2, 29 anos)

Tem o benigno e o maligno, né. O benigno é aquele que tem cura [...] o maligno [...] diz que não tem cura...não sei. Eu acho que quando fala câncer maligno é por que ele não tem cura...você pode até operar, tirar ele daqui, mas ele vai brotar em outros cantos...pelo menos é o que eu entendo, né... agora, acho que esse benigno aí não, diz o benigno, diz que ele tem cura. Então, onde que ele nasce...diz que faz a cirurgia, arranca ele e ele morre ali mesmo. Agora o maligno diz que é quando esparrama pelo sangue...diz que mesmo que você tire ele do rim, ele pode ir pra outras parte do corpo [...]. (S6, 36 anos)

[...] eu acho que esse do útero não acaba não, vai tomando conta, vai tomando conta e não tem como acabar...eu acho que é diferente que o do seio, o do seio é como se fossem umas bolinhas, se vai lá e tira...se você conseguir pegar logo no comecinho, né...quando a minha mãe morreu de câncer foi muito triste, muito rápido, sabe, então...por isso que eu penso assim. Agora o câncer do útero se pegar também no comecinho eu acho que pode ter cura. (S7, 42 anos)

[...] se eu souber que eu tenho, ou no fígado ou em outra parte assim, eu sei que eu não tenho muito tempo de vida [...]. (S8, 48 anos)

[...] Dependendo do tipo tem mais tempo de vida, dependendo do tipo...lamentável. (S9, 31 anos)

Uma das mulheres (S1) não acredita nem mesmo que um tumor benigno tenha cura. As outras falas põem em dúvida a cura do tumor maligno (S2, S6, S7, S8, S9). A morte é, freqüentemente, representada pela presença do câncer, sendo, portanto, o diagnóstico da doença, muitas vezes, considerado como um pré-atestado de óbito.

No modelo médico, conforme Brentani et al. (1998) e Fernandes Júnior (2000), a cura do câncer depende do estágio de malignização do tumor e dos órgãos já acometidos por metástases.

A crença de que, para haver chance de cura é importante descobrir o câncer no início, foi encontrada nas falas.

[...] Eu sei que se o câncer for descoberto no comecinho é mais fácil de vir a cura do que mais tarde.(S2, 29 anos)

[...] quando é no começo é mais fácil curar, né...por exemplo, se ela encontra um nódulo no seio, ali tá mais fácil dela fazer um exame, de ela diagnosticar o motivo daquele aparecimento do nódulo, vai ver se é o bom, o ruim, se caso precise tirar...que diz que o câncer tem um tempo que ele estoura... tipo se esparrama. Agora se esperar se alastrar muito pelo sangue eu acho que aí já deixa ali, já brota em outro canto, tira ali...vai nascendo em outros cantos. (S6, 36 anos)

Nas falas de S2 e S6 é explicitada a importância de descobrir o câncer no começo para haver a chance da cura. Este conhecimento aproxima-se do modelo médico que preconiza, como uma das principais ações de controle do câncer, a detecção precoce das lesões iniciais (BRASIL, 1999b).

Gabeza et al. (1999) relataram que a maioria das mulheres de um estudo descritivo realizado com 124 mulheres de Mallorca concordava que o diagnóstico precoce aumentava a possibilidade da cura do câncer.

Um exemplo é relatado por S2, que questiona a demora de cinco anos para o diagnóstico de câncer da sua irmã.

[...] a minha irmã tem câncer de caroço [...] ela tinha 8 anos saiu uma glândula no pescoço. Os médicos diziam que era íngua de dente [...] ela pegou 13 anos [...] quando o doutor se interessou pelo caso dela...fez um exame de sangue específico...deu o câncer, aí foi pro Hospital do Câncer, operou, aí deve ter ficado alguma raizinha, descido pra garganta [...] agora tá no dente. [...] O médico diz que é o mesmo câncer que estava na garganta e pegou no dente. Ela teve que tirar três dentes de traz pra poder tratar, queimaram com laser [...] Ela tá com vinte e três agora, desde os treze ela tem esse tipo de problema... de oito anos, operar com treze...já demorou já. (S2, 29 anos)

Em sua fala podemos perceber a sua insatisfação pela falta de interesse inicial do profissional de saúde, que acompanhava o caso, e o seu entendimento de que, se o diagnóstico tivesse sido precoce, o quadro atual poderia ser melhor.

Um outro exemplo, desta vez positivo, foi relatado por S9, que conta sobre a recuperação de sua mãe de um câncer de útero.

Minha mãe teve câncer de útero. Ah, ela tava com hemorragia no útero, ela fez os exames e tirou e ela tá boa já. Ela curou a tempo, ela descobriu no começo, imagina se ela descobrisse agora, talvez ela nem estaria viva mais. Feliz de quem consegue descobrir no começo. Ela tinha problema de estômago, ela tinha problema no olho, sabe ...era tudo infecção que ela tava desenvolvendo...depois que ela tirou ela melhorou o estômago, o olho, melhorou tudo. Quando ela menstruava cheirava forte, de longe...eu acho que devia ser a infecção forte, né. (S9, 31 anos)

Ela relaciona outras infecções que acometiam sua mãe com o câncer, referindo a melhora delas após a cura da doença. No modelo médico, segundo Lotfi (1998), o paciente com uma neoplasia maligna poderá desenvolver ou adquirir deficiências na resposta imune, podendo aumentar o risco de infecções.

Outro exemplo de cura é dado por S8,

Meu pai teve câncer na garganta, ele perdeu a voz, tudo, né...entrou em depressão, Hoje ele só não está melhor por que ele fuma, mas ele não tem mais nada...já tem quatro ou cinco anos, cada seis meses ele vai fazer retorno. (S8, 48 anos)

Uma das participantes (S8) faz uma ressalva sobre o hábito do tabagismo, no qual este parece prejudicar, de certa forma, a saúde de seu pai e relata a necessidade de controle periódico.

Já em outra fala percebemos a dúvida sobre a possibilidade de cura, mesmo com o diagnóstico precoce.

[...] eu assisti um filme que o moço tinha um câncer que ele descobriu logo no começo...fazia as quimioterapias, mas depois ele morreu... os médicos falam...você tem o câncer de mama ou o câncer do colo do útero...já que se descobre no começo, na primeira etapa do câncer... pode se ter cura, mas esse filme que eu assisti que o moço tinha o câncer... não sei se estava muito avançado, mas ele morreu. Se estiver no estágio inicial

eu acho que tem cura desde que não seja o maligno, né...por que eu acho que o maligno não tem cura por que o maligno se você tira aqui ele pode dar aqui...por que diz que o maligno tem raiz, não sei se é verdade...diz que o maligno tem raiz...dizem, né...não sei. (S1, 24 anos)

É interessante percebermos a importância que S1 dá às informações que ela adquiriu em um filme a que assistiu, o que nos faz refletir sobre a mídia em relação às crenças dos indivíduos. Este fato é discutido por Teixeira (2001) que destaca o papel dos meios de comunicação em massa na apropriação dos saberes sobre a preservação da vida. Porém, é importante percebermos que os saberes divulgados por esses meios nem sempre são aqueles que consideramos os mais apropriados e que, ainda, os indivíduos darão significados diferentes às mesmas situações vivenciadas.

Gabeza et al. (1999), em seu estudo, constataram que a televisão é o principal meio de informação sobre o câncer em Mallorca, na Espanha, mas não é considerado pelas mulheres como um meio confiável. Os profissionais de saúde são considerados por estas mulheres como as pessoas mais confiáveis para dar informações, estes, porém, não têm uma atuação significativa no fornecimento das informações.

No caso de S1, o filme deixou-a com dúvidas, pois ela não entendeu se o protagonista da história tinha um tumor em fase inicial ou adiantada e desenvolveu, a partir daí, o conhecimento de que o tumor maligno não tem cura, mesmo sendo detectado em estágios iniciais da doença.

Assim a partir de uma nova situação, a interpretação sobre um dado fenômeno recebe nova interpretação que aponta a dinâmica do conhecimento cultural.

Outras falas demonstram o conhecimento de que só o diagnóstico precoce não garante a cura; esta depende de outros fatores associados.

Eu tive uma amiga que operou da mama, mas demorou uns meses e ela morreu, não teve jeito [...] Depois um vizinho meu também...eu acho que foi o fígado dele, alguma coisa assim, sofreu muito e foi pra outra morada. Então, eu acho que depende do lugar, se a pessoa tá sempre cuidando... depende do local que ele está localizado, o organismo da pessoa, o corpo está bem cuidado, você está bem preparado...é igual a pessoa quando ela está com uma gripe, se ela não se alimenta, só fica ali no quarto fechado, ela não melhora. (S8, 48 anos)

Dizem que a pessoa perde a resistência, né...o corpo perde as forças e vai ficando cada vez pior, por isso que tem que ser encontrado antes, né...a pessoa já tá mais forte e não vai sofrer tanto. (S2, 29 anos)

Eu não sei qual é a diferença, mas geralmente assim...esse do seio as pessoas conseguem mais se livrar dele, né...eu conheço gente que tinha e que se tratou e melhorou, e esse do útero eu já não conheço quase ninguém, sabe...a maioria das pessoas que tem não se salva e ele é diferente. (S7, 42 anos)

Este conhecimento se aproxima do modelo médico que determina que a cura estará relacionada com o local, com o tipo e com o estadiamento tumoral (FERNANDES JÚNIOR, 2000), além da exposição do tumor aos fatores de risco e do estado geral do indivíduo (COELHO, 1998).

5.2.2.6 Os tratamentos para o câncer

O conhecimento sobre as formas de tratamento do câncer aparecem nas falas descritas a seguir.

Já tá provado que tem, né. [...] conheço pessoas que curou, mas é difícil...é um tratamento muito demorado, é um tratamento sofrido, mas, cura tem sim, tem bastante...a maioria dos casos hoje já tem cura...alguns ainda não, né, mas a maioria tem [...] eles alegam que é mais fácil no início por causa disso e que se tiver alguma raizinha é mais fácil queimar no laser, na quimioterapia, na radioterapia...dá conta [...]. (S2, 29 anos)

Você sabe que o câncer de pele eu já olho pra ele diferente, que são aquelas manchinhas, né...ele já não é um que amedronta, né...é como se fosse normal...vai lá e faz a aplicação ...tira com o laser, então é uma coisa que não dá muito medo. (S7, 42 anos)

Lá perto da minha casa tem um moço, não sei se era câncer mesmo, por que não sei se câncer de pele tem cura [...] ele espremeu uma espinha e diz que infeccionou...aí diz que pegou um vírus [...] e ele teve que usar máscara [...]...parece que tinha até virado um câncer, mas parece que depois ele fez várias cirurgias lá e o rosto dele ficou normal!...assim, um pouco de cicatriz, né...mas sarou...o rosto dele tava horrível [...] não sei se tem cura o câncer de pele, mas diz que tava horrível o rosto dele. Por um bom tempo ele teve que usar máscara para não respirar o ar que a gente estava respirando. (S1, 24 anos)

As principais formas de tratamento citadas nas falas foram: a quimioterapia, a radioterapia, o laser, a cirurgia e o uso da máscara. Esta última demonstra uma confusão entre o tratamento e as medidas de proteção individual.

Com base no modelo médico, atualmente o câncer tem sido combatido preferencialmente de três formas: por procedimento cirúrgico, radioterápico e o clínico, o que inclui a quimioterapia e outras medicações que agem como antimicóticos, antibióticos, imunossupressores e agentes hormonais (BARACAT et al. 2000).

Ainda quanto ao tratamento, o entendimento sobre as consequências negativas da cirurgia apareceu nas entrelinhas da fala de S1 e, de forma explícita, nas falas de S6 e S7 a seguir.

Essa mulher que eu conheci [...] tinha câncer no corpo inteiro...ela diz que começou no nariz [...] ela falou: '[...] eu não tenho cura não ...eu tenho câncer no corpo inteiro...até na ponta do dedo eu tenho. Eu tinha esse quando eu fiz o exame, depois que eu tirei esse, aí eu fiz outro exame...o médico disse que tinha aparecido outro não sei onde, outro no sei onde...outro no corpo inteiro' [...] ela me disse que estava só esperando a morte. (S1, 24 anos)

Minha vó com quarenta anos ela tinha uma verruga. E depois de oitenta e um anos a minha tia resolveu levar no médico para tirar [...] aí foi onde que começou... [...] foi aumentando, foi crescendo...foi crescendo, até que abriu um buraco nela assim [mostrou a área afetada do pescoço]...aí não teve jeito, com um ano ela perdeu a vida...tudo foi pela retirada daquela verruga...por ter mexido, né...daí diz que já passou lá na rede sangüínea...o médico falou que se não tivesse mexido talvez ela tinha vivido mais...né, pode se que foi a retirada, pode ser que...não sei [...] se não mexer com ele, diz que ele não se esparrama, [...] pelo que meu pai

falou e os médicos também, se não tivesse mexido ela tinha vivido uns dez anos a mais. (S6, 36 anos)

A minha mãe começou assim [...] um dia o meu irmão viu ela fazendo um gesto de dor, ela não reclamava, não ia no médico, nem nada, então ele levou ela no médico [...] e o médico descobriu que tinha um caroço e retirou, [...] ficou pior... no meu entender eu acho que não devia ter mexido... que sempre que você vê uma pessoa que tem câncer, principalmente no útero, parece que se mexe ou toma aqueles remédios, sei lá... parece que a pessoa vai...a do seio não, eu vejo gente curar, a do útero não. (S7, 42 anos)

[...] tipo assim, que nem to resfriado e eu tomo um xarope dois ou três dias e eu fico melhor, o câncer não, por que cada vez que eu fizer uma cirurgia vai ficar pior...cada vez que mexe pior fica...eu conheço uma pessoa que ficou sabendo que tinha, foi fazer a cirurgia e foi piorando... piorando... piorando... cada vez que mexia foi ficando pior, dois, três anos morreu. (S8, 48 anos)

Para estas mulheres (S1, S6, S7 e S8), é melhor não mexer no tumor, porquanto há risco deste agravar-se. A crença de que é melhor não intervir no câncer é antiga, porém ainda presente na nossa cultura. Essa crença é reforçada por vivências negativas de casos que culminaram em morte após a cirurgia. Vale notarmos que algumas mulheres afirmam que os médicos também compartilham desta afirmação, o que colabora ainda mais para a sua perpetuação.

A expressão: *cada vez que mexia foi ficando pior* aponta para uma crença comum às pessoas da classe popular, encontrada também no estudo de Zago (2001) e Maruyama (2003).

Essa forma de pensar sobre a terapêutica do câncer pode explicar uma construção cultural para a delonga em buscar assistência médica para o diagnóstico e tratamento do câncer, o que implica na alta incidência do diagnóstico da doença em fase tardia e, conseqüentemente, resulta em tratamentos muito mais agressivos.

5.2.3 As causas do câncer

Nesta subunidade perguntamos às mulheres o que elas acreditavam que poderia promover o desenvolvimento do câncer. A intenção desta investigação foi identificar o conhecimento dos sujeitos sobre os principais fatores de risco de câncer e como eles compreendiam esses fatores.

Deve ser alguma sujeira no sangue...não sei... assim, com algum tipo de doença, algum tipo de vírus no sangue [...]. (S1, 24 anos)

Ah...diz que todas as pessoas têm o vírus do câncer, como tem o da AIDS também, né e diz que a gente que desenvolve isso. Eu acho que a gente mesmo pode desenvolver através do organismo da gente. Nunca ouvi falar no vírus do câncer...eu to só falando agora. Nunca ouvi falar que pega o câncer...nunca parei pra pensar nesse tipo de coisa. (S1, 24 anos)

O vírus do câncer. Eu acho que o câncer é causado por um vírus [risos] igual o vírus da AIDS...a sei lá, pra mim é um vírus também. (S4, 23 anos)

A anemia também foi um fator sangüíneo que apareceu com destaque nas falas.

[...] anemia também dá o câncer. Teve uma vez que eu tava com uma anemia [...] o Doutor pediu um exame de sangue...ele disse que a minha anemia tava perigoso até virar leucemia [...] A minha mãe também teve [...] ela não procurava médico...e ela branca...branca...branca, aí o Doutor internou ela, fez uma coleta [curetagem] nela, aí ela teve que tomar seis litros de sangue. Ele disse que a anemia dela tava muito avançada que era perigoso também virar leucemia no sangue [...] acho que é tipo a leucemia que vai diminuindo as plaquetas vermelhas. (S1, 24 anos)

A minha vizinha tá internada, deu uma anemia profunda, agora deu leucemia. (S9, 31 anos)

A anemia foi referida como um dos fatores de risco de câncer, baseada inicialmente nas informações dadas pelo médico (S1) e pela evidência de um caso de uma pessoa conhecida (S9).

O fumo, considerado como principal fator de risco de diversos tipos de câncer, foi um dos fatores apresentados pelos sujeitos.

Primeiro de tudo é o cigarro. Não é só quem fuma, é quem tá do lado também, sofre mais do que quem fuma. A nicotina ataca o pulmão, deixa a saliva grossa, a voz fica rouca. Eu não acredito que o câncer do meu pai [câncer de garganta] tenha sido causado pelo cigarro, deu por que tinha que dar...é a gente mesmo que tem que ter isso. (S8, 48 anos)

Cigarro [risos] ...eu fumo... todo mundo cai de pau: “para de fumar que dá câncer!”... dá câncer de pulmão, câncer de boca, né...bastante tipo... acho que ele destrói o pulmão... engole a fumaça, a fumaça vai para o pulmão...tem pessoas que fumam diferente, não tragam, eu trago o cigarro... daí vai fumando, fumando... vai manchando... [risos]... daí faz um buraquinho... daí faz um tumor, né. (S9, 31 anos)

Na fala de S8 aparece a crença de que o fumo pode causar câncer de pulmão, e na fala de S9 aparece a crença de que o fumo pode causar câncer de boca e pulmão. Entretanto, elas (S8 e S9) parecem duvidar do potencial oncogênico do tabaco. S8 confessa não acreditar que a causa do câncer de garganta de seu pai tenha sido o tabagismo, e S9, que é tabagista, faz brincadeira sobre essa possibilidade, rindo da situação.

É importante compreendermos o significado simbólico do fumo, tanto para o indivíduo que fuma, como para os que estão em sua volta. Muitos indivíduos não acreditam que fumar possa causar danos a sua saúde, apesar de todas as advertências apresentadas constantemente nos meios de comunicação e até mesmo na embalagem do cigarro. Helman (2003) diz que o tabaco, assim como o café, o chá e até mesmo o álcool são um reconfortante químico, e que o ato de fumar simboliza uma variedade de papéis sociais para o indivíduo e, portanto, pode ajudar a formar um senso de coesão social ou de alienação social.

Além desses aspectos, existem outros interesses no consumo do tabaco, entre os quais o mais forte, é o interesse econômico, motivado por altas

cifras. As empresas dominantes desses setores muitas vezes tentam impedir a classificação das substâncias contidas no fumo como drogas e negam seus efeitos de dependência ou danos (Helman, 2003) .

Já nas falas de S1 e S4, percebemos uma preocupação com os riscos do tabaco.

[...] fumar [...] diz que o fumo tem muita tranqueirada no meio, muita coisa química...diz que põe até soda no fumo que vai dentro do cigarro, não sei se é verdade. Eu vi pessoas comentando que vai soda, vai um monte de coisa química. Eu acho que através destas coisas química, né...eu acho que elas [a química] vão...é...como que eu vou falar...matando os leucócitos, uma coisa assim...não sei...são as plaquetas vermelhas...não sei [...]Tem gente que engole a fumaça, né, aí vai pro pulmão e depois vai pro sangue...vai pro corpo todo. Pode se começar pelo pulmão, mas o fumo também pode causar o câncer bucal...mas vai tudo no sangue, tudo que a gente come vai tudo no sangue, né...então acho que pode dar em qualquer lugar. (S1, 24 anos)

A minha mãe fuma...eu já cansei de falar que causa câncer do pulmão...todo mundo já cansou de falar pra ela largar do cigarro, e ela não tá nem aí, tá fumando e fumando. (S4, 23 anos)

Em sua fala, S1 relata a crença de que o fumo pode causar qualquer tipo de câncer, crença não encontrada em outras falas.

O conhecimento sobre a alimentação e sua relação com o câncer também foi evidenciado nas falas a seguir.

Com uma alimentação errada...com algum medicamento ou alguma queda de imunização do corpo pode acontecer isso...ele vir a se desenvolver. (S2, 29 anos)

[...] hoje em dia se come muito mal e se a gente comesse melhor a gente evitaria o câncer... sou ciente da boa alimentação, não carnívora... as carnes geralmente não contem muita vitamina, e a gente ingere a carne e ela tem que apodrecer, né...pra digerir ela apodrece dentro do estômago da gente. [...] e ela tem muitas fibras...pode dar câncer também no intestino...ela segura o intestino [...] a verdura...os legumes ela faz digerir e já tem bastantes vitaminas que vão ajudar [...] a pessoa que tem câncer não deve comer carne, de jeito nenhum. [...] o câncer se alimenta mais é da carne, daí que prospera mais pra aumentar, por exemplo [...] meu cunhado estava tratando do câncer [...] aí ele começou a comer carne de

porco [...] coisa picante [...] bebida alcoólica [...] foi o arraso, né. Então ela [a carne] não prospera em nada, só prejudica. (S3, 52 anos)

é muito veneno...essas coisas que a gente come [...] que pode ser um dos pontos que pode estar causando esse câncer...não sei. Primeiro cada um plantava a sua planta, não precisa de ponhar tanto veneno, então não tinha tanto problema de câncer, agora, hoje você pode ver que tudo as coisas que a gente come é com veneno, então eu acho que o que faz dar câncer é alguma coisa baseada no veneno que a gente come...pelo veneno ser muito forte...sei lá...pode localizar algum ponto do corpo da gente... no sangue, pelas vias sangüíneas, né...tudo que a gente come cai nas via sangüínea, não cai? As substâncias, a vitamina, proteína, então eu acho que pro meu aí ele deve ter caído...sei lá...eu não sei explicar certinho, mas eu acho que tem tudo a ver. (S6, 36 anos)

Hoje em dia a gente não é igual àquelas pessoas antigas que podiam e faziam de tudo, comiam de tudo, qualquer tipo de comida, de carne, hoje não é mais assim, eu acho que a prevenção vem da alimentação, vem do bom descanso, sono, tem gente que passa a noite por aí...Uma boa alimentação tem menos gordura, pimenta, comer tudo que contém fibras...ela atua em tudo, no intestino da gente...os legumes, as saladas. (S8, 48 anos)

A alimentação é tida pelo modelo médico como um fator de grande importância no desenvolvimento do câncer. Este conhecimento está presente nas falas dos sujeitos, entretanto, podemos observar o desconhecimento sobre a função das fibras na alimentação, como fator de proteção contra o câncer de cólon, sendo estas consideradas prejudiciais por S3.

Junto com a alimentação também aparece a crença de que produtos químicos encontrados nos alimentos possam causar o câncer, como na fala de S6, que refere haver neles *muito veneno*.

É presente nas falas a comparação da alimentação dos dias atuais com a alimentação de outras épocas que, na visão dos sujeitos, era mais saudável. A alimentação de hoje reflete as alterações de hábitos culturais da sociedade.

Aprendemos que a alimentação exerce diversos papéis na sociedade, tendo relação com os aspectos sociais, religiosos e econômicos do dia-a-

dia. O alimento, visto assim, pode ser considerado “como parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo que habita” (Helman, 2003, p.49).

Outro fator importante na causalidade do câncer foi a crença de que a poluição ambiental seja um fator de risco, entretanto, felizmente, no cenário deste estudo, esta não é uma preocupação. Mesmo assim, este fator foi lembrado.

[...] em São Paulo, naquela cidade poluída lá, né [risos]... aquela fumaça daqueles carros, das firmas, né...muita fumaça daquelas firmas, né...diz que também através de poluição também se causa o câncer, né...muita química...através de você respirar ela e colocar ela pra dentro...vai pro pulmão. (S1, 24 anos)

Aqui no Ana Rosa não tem poluição [...] (S3, 52 anos)

A crença de que uma pancada pode causar um câncer foi encontrada em nosso estudo.

Uma pancada [...] Eu conheço casos de pessoas que foram espancadas e tiveram o câncer no lugar que foi espancado. Não sei se tem alguma coisa a ver, mas eu conheço caso de pessoas que alega isso: uma cacetada e um câncer.[...] ela foi espancada pelo marido e passou a ter o câncer no local do espancamento...foi na perna...ela teve que operar, colocar platina, parafuso, tudo...andou muito tempo de muleta...agora que ela está se restabelecendo. Ela julga ter sido o chute que levou na perna. Eu não posso falar nem que sim nem que não, por que eu não vi [...] o caso dela foi grave...ela ficou careca...careca de tudo das quimioterapias, mas se restabeleceu. Ela uma das que se curou, ela se restabeleceu. (S2, 29 anos)

Eu já ouvi falar que conforme uma batida que você tem, com o tempo pode acontecer o câncer. Eu tenho rinite...às vezes coça muito, sangra...eu tenho medo que possa acontecer um câncer de nariz...eu me preocupo, sabe por que eu não sei se é assim que pode acontecer, né...por que as vezes coça tanto, tanto, que forma uma feridinha por dentro e fica minando uma aguinha, alguma coisa assim, sabe, então eu tenho medo. (S7, 42 anos)

Esta crença, baseada no conhecimento médico, pode ser considerada errônea. No estudo de Hunt (1998), esta crença também foi relatada. O

autor descreve a necessidade dos sujeitos em encontrar uma causa para o câncer. Essas causas, portanto, podem ser traduzidas por: problemas emocionais; estresse; comportamento sexual inadequado; dificuldade de aceitar uma pancada física no corpo e poluição ambiental.

Na fala anterior, S2 explica ainda a relação desta crença com um caso de violência doméstica. As vítimas de violência têm dificuldade em aceitar as seqüelas dos atos sofridos. É provável que o tumor seja uma forma de explicar esta mágoa, como relatou Hunt (1998), sobre a dificuldade dos indivíduos de aceitar um golpe físico, dependendo da natureza deste.

Outra participante (S7) afirma sua crença e demonstra medo pela agressão constante que ela mesma faz em sua mucosa nasal, devido a rinite. Ela manifesta a preocupação de ter um câncer no nariz causado por essa agressão repetida.

As teorias leigas sobre as causas das enfermidades são baseadas em crenças sobre a estrutura e o funcionamento do corpo humano e mesmo sobre as maneiras de como este corpo pode vir a ter um mau funcionamento. Helman (2003) atribui as enfermidades a quatro universos : 1. dentro do indivíduo; 2. ao mundo natural; 3. ao mundo social e 4. ao mundo sobrenatural.

Gabeza et al. (1999) também encontraram esse dado em uma elevada porcentagem de mulheres de seu estudo e comenta que esse dado parece não se modificar em estudos com o passar dos anos, refletindo um padrão cultural.

Outra crença encontrada foi a de que o câncer pode ser causado pelo *cheirar o pólen de uma flor*.

Eu conheci uma senhora que eu cuidei, só que eu não cheguei pegar no tempo do câncer. Ela tinha um câncer no nariz, só que eu não cheguei a

pegar esse tempo dela, porque ela fez uma cirurgia. Parece que sarou, mas ela disse que foi devido a uma flor que ela cheirou, e parece que o pólen...eu não sei o que era, que deu esse câncer nela. Ela estaria contaminada por uma química? Sinceridade eu não sei. (S1, 24 anos)

Essa causa não seria correta, segundo o conhecimento médico. Provavelmente essa crença se explique também pela necessidade dos sujeitos em encontrar uma causa para o câncer.

A crença de que o câncer tem uma ligação com fatores hereditários foi representada nas falas a seguir.

[...] e tem a hereditariedade, né...já vem de família...geralmente quem tem na família um, vai ter mais casos, né. Eu acho que é a genética. Aí entra o sangue, né...genética...é uma herança...que geralmente no caso é a única herança que sobra ...é essa herança aí [risos]...a única herança de pobre. (S2, 29 anos)

[...] a pessoa ter um câncer, já vem da origem da pessoa mesmo, já tem a tendência...é genério, né [genético] ... que é da família. É que nem o diabetes, acho que o câncer é a mesma coisa, não sei como ele vai desenvolver, mas já vem mesmo pela família...se tem já, é a tendência. (S3, 52 anos)

Minha mãe deu no colo do útero, uma irmã minha também...isso aí passa de mãe pra filho...eu acho que é no sangue, né...deve de ser o sangue...acho que não tem outro jeito. (S5, 60 anos)

As pessoas costumam dizer que é hereditário, né...então eu não sei se é verdade...eu não sei responder...eu tento me cuidar, tento não me preocupar assim, por que a minha mãe teve eu vou ter, entendeu, eu acho que eu tenho que me cuidar, por que tudo é possível, né...tudo pode acontecer. (S7, 42 anos)

É hereditário, tipo assim, se a minha avó teve, aí vem na minha mãe e depois vai passando. (S9, 31 anos)

Essa crença é confirmada pelo modelo médico. S2 faz uma sátira a esse fato, dizendo que esta é a *única herança de pobre*. Cerqueira (2000) afirma que o câncer é uma doença genética, podendo, então, ter caráter hereditário.

A crença de que os comportamentos sexuais e reprodutivos inadequados podem causar um câncer foi encontrada na fala de S2 .

A minha sogra há um ano atrás colheu o preventivo aqui...deu aquele papilomavírus e um tal de NIC 3. Ela julga...a infidelidade do marido...hoje eles estão separados por isso. O médico disse que o papilomavírus fica muito tempo reservado no corpo, né, aí cai a resistência, onde vem.....o médico disse que a gente pega este câncer do útero na relação sexual, né...eu acho que é no contato da pele, né... que geralmente os casais não usam nada para se prevenir nesses significado, né...protege de uma gravidez, mas disto não... a confiança, né [risos]...não usa. [...] o câncer do útero a mulher pode pegar na relação sexual, igual a AIDS...na transfusão de sangue acredito eu que não, né [...] A mulher pega esses vírus que tá no homem, ou a mulher também passa pro homem, né. Esse NIC 3 e o papilomavírus é o vírus do câncer [...] O vírus deve ser uma coisa muito microscópica que você não vê de jeito nenhum. (S2, 29 anos)

Ela relata um caso de câncer de colo de útero na sua sogra, atribuindo sua causa à contaminação pelo papilomavírus, que deve ter sido adquirido na relação sexual. Nota-se uma estreita aproximação desta fala com a linguagem médica. S2 utiliza-se de terminologia científica correta para falar da Neoplasia Intraepitelial Cervical de grau 3 - NIC3, mesmo, embora, provavelmente, não saiba o significado dessa sigla, e também se refere ao agente infeccioso pelo nome correto – papilomavírus.

É importante notarmos que as informações relatadas por S2 foram adquiridas com um profissional de saúde, no caso, um médico. Vale retomarmos o estudo de Gabeza et al (1999), com mulheres espanholas, que afirmaram que as informações sobre saúde mais confiáveis eram as passadas pelos profissionais de saúde, mas que estes eram os que menos atuavam na passagem destas informações.

Segundo o modelo médico, o Papilomavírus (HPV) é uma doença infecciosa, de transmissão freqüentemente sexual, presente em 99% dos casos de câncer cérvico-uterino (BRASIL 1999a). Mais de 100 tipos de HPV já foram identificados (SYRJÄNEN; PURANEN, 2000), porém, somente cerca de 20 tipos

podem infectar o trato genital e destes há uma variação no potencial de oncogenicidade (BRASIL 1999a).

O conhecimento de que o HPV pode ficar *muito tempo reservado*, é correto, baseado no comportamento do vírus, que pode passar períodos em latência e vir a se manifestar quando houver ambiente propício. Este conhecimento é pouco difundido e, assim, muitos casais podem se separar, suspeitando de infidelidade recente, quando a relação sexual extraconjugal causadora desta infecção pode ter acontecido há anos.

Em outro momento S2 pergunta se mulheres mesmo que não tenha, relação sexual podem ter o câncer.

[...] por que o câncer do útero, por exemplo, se desenvolve na relação sexual...alguns casos não, por que não é toda mulher que mantém relação sexual e tem casos de pessoas virgens que têm câncer. Então, o câncer é um mistério... acho que é um mistério e vai ser difícil alguém desvendar ele um dia...tão chegando lá, mas vai ser difícil. (S2, 29 anos)

A dificuldade de entender este processo levou S2 à crença de que a causa do câncer do colo do útero é um mistério, tentando assim explicar o processo de uma forma mágica, sobrenatural.

Nas falas de S5 e S6 também aparece o conhecimento de que o câncer de colo do útero é causado por alguma infecção.

O câncer do colo do útero deve ser devido a uma infecção. (S5, 60 anos)

Eu sei que o que muito pode causar são as doenças transmissíveis, né...essa do HPV é uma, é uma bactéria [...] que leva o câncer no colo do útero, na próstata... no homem, diz que é mais difícil encontrar, assim...pra ele fazer o exame de cara já não dá, né...diz que leva mais tempo, mas diz que o que faz dar o câncer na próstata, né. E a mulher, diz que se não cuidar, se não tomar esse remédio, diz que é o causador do câncer do colo do útero mesmo. (S6, 36 anos)

Nesse caso, S6 chega a se referir ao HPV, mas faz confusão, afirmando que ele é uma bactéria. Ela afirma que o câncer de próstata também é causado pelo HPV e que existe um remédio, existência ainda não confirmada pelo modelo médico.

Outra crença encontrada foi que a exposição excessiva ao sol causa câncer.

O câncer de pele deu na gente que trabalhou muito na roça, agora a outra que não trabalhou não tem. Eu só vim a saber mesmo sobre esse assunto depois que eu fui levar o meu pai no hospital, que aí eu vi...aí eu perguntava "mas por que?"...eu queria saber daquilo...a gente vê as pessoas, dá dó, né...aí a gente perguntava...aí que eu comecei a analisar e vi que eu também tava correndo risco...era geralmente pessoas de roça, né...praia, na praia também...daí a gente viu que era por causa do sol...aí eu falei: "ah, eu vou me cuidar!"...e quando eu vim eu já tava no indício de começar já... (S8, 48 anos)

O de pele, sol de mais...não sei explicar...a pele começa arder...descascar. (S4, 23 anos)

Esta crença foi relacionada também com a questão ocupacional, quando S8 infere que o seu trabalho na roça foi responsável pelo desenvolvimento do câncer de pele que a acometeu. Esta afirmação se aproxima do ME, visto que é estimado que 5 a 10% de todas as neoplasias malignas diagnosticadas são relacionadas à ocupação (FERNANDES JÚNIOR, 2000).

A crença de que o câncer se desenvolve em quem não se cuida, nos chamou a atenção, pelo fato da importância dada ao autocuidado.

Eu acho que o que faz causar é a pessoa que não se cuida, não vai no médico pra saber o que tem, não faz um check up pra ver se tem algum problema, né...por que a gente nunca vai descobrir se a gente não for no médico, né. (S4, 23 anos)

o câncer também é filho de uma pessoa na verdade muito teimosa, que não se cuida, não faz um exame...a gente é mesma coisa que uma planta, que se não cuidar, né...tem que fazer um exame... as pessoas têm que fazer os exames pra se tratar pra não ficar como uma planta que não tem

tratamento...que pode ser até que morre ou pega uma doença, né. (S5, 60 anos)

a pessoa que não se previne, que não faz um exame todo ano... ...que o certo é fazer...que eu acho que se fizesse, se diagnosticasse mais cedo tinha a cura mais cedo. (S6, 36 anos)

Eu acho que é a falta de cuidado...Minha mãe teve câncer no útero. Eu penso que deve ser a falta de cuidado, né, de participar, de vir no postinho, de fazer consulta e se surgir um problema você não procurar um médico. (S7, 42 anos)

Esta é uma causa relacionada ao indivíduo, dentro dos quatro universos atribuídos às enfermidades segundo Helman (2003).

Como última causa encontrada, temos a crença de que o estresse pode causar o câncer.

[...] a pessoa ter muito nervoso. Isso aí acho que leva também a pessoa ter um descontrole e desenvolver essa doença...não sei...acho que tem tantas células que desenvolve, né. Eu acredito que deve ser uma célula que desenvolve quando a pessoa tem um nervoso, né... e faz dar a doença. (S5, 60 anos)

[...] pode ser também a parte sentimental da pessoa... a pessoa quando é muito nervosa, agitada, não tá de bem com a vida, eu acho que alguma uma coisa também ocasiona... Eu acho que uma coisa que vem puxando a outra. (S6, 36 anos)

O stress, eu acho que tem muito a ver com o câncer sim. Eu acho que mexe com o sentimental da pessoa, com o nervosismo...através de como que vai parar...como que faz...não sei explicar. (S6, 36 anos)

Eu acho que se a gente é muito agitada, muito nervosa, eu acho que a gente desenvolve o câncer também, por que eu não sei, mas eu acho que é possível...mas não é uma coisa assim, só por que você ficou nervosa ou é nervosa direto que vai acontecer...é uma coisa que...vai indo, né...vai indo, e um dia pode acontecer. (S7, 42 anos)

Nas falas de S5, S6 e S7 encontramos expressões como: *ter muito nervoso, a parte sentimental, o estresse e ser muito agitada*, relacionadas por estes sujeitos a causas do câncer.

Este achado também foi feito por Gabeza et al. (1999). Cyrillo e Pazotto (2000), estudiosos da psico-oncologia, advertem que o câncer não é simplesmente um problema físico, mas um problema que diz respeito à pessoa como um todo. Eles acreditam que os estados emocional e mental têm um importante papel na suscetibilidade à doença.

O estresse, a ansiedade, a baixa auto-estima e outros fatores emocionais têm sido relacionados a alterações da resposta imune, podendo, portanto, aumentar a suscetibilidade a doenças (DEITOS; GASPARY, 1997).

Finalizando esta discussão, as crenças encontradas neste estudo sobre as causas do câncer foram diversas e se aproximaram dos universos propostos por Helman e também do conhecimento científico. Essas crenças apontaram como fatores de risco de câncer: o tabagismo; a alimentação inadequada; a anemia; a poluição do ar; o trauma físico; o cheirar o pólen da flor; o uso de medicamentos; a queda da imunidade; a hereditariedade; o comportamento sexual e reprodutivo inseguro; a radiação solar; a falta de cuidado pessoal; e o estresse.

Wonk-Kim et al. (2003) realizaram um estudo com 798 imigrantes chineses residentes em San Francisco, na Califórnia, e os resultados pouco diferiram dos encontrados em nosso estudo. Para os chineses os fatores responsáveis pelo câncer são principalmente a poluição ambiental, a alimentação inadequada, a hereditariedade e o estilo de vida. Outros fatores menos recorrentes foram manuseio de aparelhos elétricos, punição por condutas passadas de antecedentes familiares e comportamentos imorais.

Os fatores de manuseio de aparelhos elétricos e punição por condutas passadas de antecedentes familiares não surgiram como crenças dos nossos sujeitos, o que nos causou estranheza. Durante as entrevistas, chegamos a

perguntar sobre a possibilidade de serem tais condutas uma das causas, mas isso foi prontamente negado.

Em nosso estudo, percebemos também nas falas a comparação do câncer com outras doenças já conhecidas. Provavelmente, o uso de metáforas seja uma forma de tentar compreender melhor o novo, como explica Helman (2003).

Wonk-Kim et al. (2003) encontraram nas crenças dos seus sujeitos a comparação do câncer com a tuberculose, comparação que os autores atribuem à crença de que o câncer é contagioso. Em nosso estudo, os sujeitos relacionaram o câncer com a infecção pelo vírus da AIDS ou mesmo com a ação de uma bactéria. Referiram que o sangue devia estar sujo, contaminado.

De uma forma geral, percebemos que as causas externas aos indivíduos foram as mais citadas pelas mulheres. Considerando que o modelo leigo é caracterizado por elementos culturais como idéias e valores e que estes impõem a forma pela qual os sujeitos compreendem o câncer, sendo as causas externas as mais citadas, a prevenção pode não ser valorizada por este grupo.

5.3 A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO, AS FORMAS DE PREVENÇÃO E OS FATORES QUE MOTIVAM E DESMOTIVAM ESTA PRÁTICA

Nesta unidade, dividida em seis subunidades: a importância da prevenção; as formas de prevenção do câncer; a busca da prevenção do câncer; os fatores que motivam a prática do comportamento preventivo do câncer; os fatores que desmotivam a prática do comportamento preventivo do câncer e o papel da família e dos amigos na prevenção, e seus subitens explicativos respectivos,

apresentamos e discutimos as formas de prevenção do câncer, aliadas às formas de promoção à saúde, a relação da busca da prevenção de outras doenças com a prevenção do câncer, os fatores iniciais que levam à busca da prevenção e os fatores que motivam ou desmotivam a continuidade dessa busca. Discutimos, também, o papel da família e dos amigos no comportamento de prevenção do câncer.

5.3.1 A importância da prevenção

Nesta subunidade abordamos o conceito da prevenção e a sua importância. As falas limitaram-se à prevenção do câncer de mama e do colo do útero, porém alguns sujeitos não relacionaram o exame de Papanicolaou com o câncer.

O desconhecimento sobre a finalidade do exame aparece na fala de S4.

Eu sei que também chama CO, mas não sei o que é. Quando eu pedi pra fazer esse Papanicolaou eu sabia que era pra examinar lá...lá na vagina [risos] ...eu sabia que a minha mãe ia, mas eu não sabia o que era, pra que era, né... pra ver o que tá acontecendo, se era mesmo pra evitar o câncer, eu fui saber mesmo naquele dia [na primeira entrevista]. [...] Eu não imaginava que o preventivo era tudo isso...pra mim era um exame qualquer, né. Quando eu fiquei sabendo que era pra prevenir o câncer eu fiquei mais animada de saber que eu não to correndo esse risco ainda. (S4, 23 anos)

Esta participante (S4) relatou que nunca foi orientada sobre o significado do exame de Papanicolaou e que entendeu seu significado durante a nossa entrevista.

Outras falas, entretanto, apontam a crença de que a realização do exame é importante, como forma de prevenção das complicações do câncer, pela detecção precoce da doença.

Eu falei é muito melhor na hora você ficar até com nevoso...com vergonha do que pegar uma doença aí...depois quando vir fazer daí não tem jeito mais...ficar tantos anos, né ...sem fazer...depois daí não faz o exame...quando sente mal e vai fazer...a gente sempre tá sabendo por aí que quando vai fazer o exame não tem jeito mais...aí vai arrancar o útero...tudo fora, né. (S5, 60 anos)

Por que tudo quando é no começo é mais fácil curar, né...por exemplo, se ela encontra um nódulo no seio, ali tá mais fácil dela fazer um exame, de ela diagnosticar o motivo daquele aparecimento do nódulo, vai ver se é o bom, o ruim...então seria bom a gente tá prevenindo antes...vindo, fazendo um exame pra ver se é mesmo. Se for também já tira onde tem que tirar, não precisa tirar a mama toda, mais sim tirar uma parte [...]. Por que se chega ao ponto de ficar aí três, quatro anos, as vezes nem isso, sem o cuidado, aí quando ela vê vai ter que tirar tudo, então já é uma perca maior, né. (S6, 36 anos)

Outra crença que encontramos foi a de que o exame preventivo também é importante para detecção de outros problemas ginecológicos, além do câncer, como um corrimento vaginal e dores abdominais.

A prevenção é quando eles diz ...contra o câncer mesmo, né...e outra esses negócio de corrimento na gente, isso também ajuda. Eu acho que é importante fazer o preventivo por que se tiver alguma coisa aí já vai saber logo. É pior saber...tem um homem que tem um câncer na próstata...quando ele soube, precisa ver o estado que ele ficou...acho melhor não saber...eu venho fazer o preventivo todo ano e sabe dá medo [...] Eu faço o preventivo por que aí eu trato um corrimento, uma dor na barriga...eu sempre sinto muita dor...é por isso...pelo câncer também, mas se eu tiver eu não quero saber não, é pior saber...não adianta saber...a depressão eu acho que é total. O meu cunhado trabalha na portaria do Hospital do Câncer... ele fala cada coisa terrível de câncer. (S8, 48 anos)

Merighi et al. (1997) enfatizam que a maioria das mulheres não relaciona o exame de prevenção do câncer do colo do útero como um meio para detectar o câncer. Elas alertam para a necessidade de esclarecimento de forma

sistemática às mulheres, sobre as finalidades do exame. O desconhecimento contribui para aumentar a falta de adesão aos programas de prevenção.

5.3.2 As formas de prevenção do câncer

Nesta subcategoria identificamos as crenças dos nossos sujeitos sobre as diferentes formas de prevenir o câncer. Com a intenção de identificarmos outros tipos de comportamentos preventivos e de promoção da saúde, solicitamos que as mulheres falassem também o que elas faziam para prevenir outras doenças comuns na sua faixa etária ou para conquistar um envelhecimento saudável. Muitas continuaram a direcionar seus comportamentos à prevenção do câncer, seguindo este raciocínio desde o início da entrevista, o que não quer dizer que elas adotavam esses comportamentos no seu dia-a-dia com esse intuito.

5.3.2.1 Fazer sempre os exames em dia

A importância de realizar os exames de detecção foi evidenciada em muitas falas.

Ah, sempre fazer os exames em dia...o exame da próstata, o Papanicolaou, o exame de sangue...acho que tem vários exames pra se fazer pra poder se prevenir, sempre participar de palestras sobre estes exames para poder se cuidar mais. Quem se cuida é uma pessoa que sempre faz os exames corretos [...]. (S1, 24 anos)

é o cuidado...fazer exames, procurar o médico, não ter medo de fazer os exames, que muita gente tem. (S2, 29 anos)

Tem que procurar um médico, né...fazer um check up pra ver se não se alastrou já, se ele não tá crescendo. A pessoa que fica lá seus três, quatro anos, sem fazer o exame, se acha que essa pessoa já não tá com o vírus. Para evitar o câncer da mama você tem que apalpar, né, pra ver se acha algum carocinho. (S4, 23 anos)

Tem que fazer o preventivo...o Papanicolaou para evitar o câncer do colo do útero e a mamografia para o câncer de mama. Existem outros exames, mas não to bem informada sobre isso aí. (S5, 60 anos)

O Papanicolaou...para o câncer de colo de útero... tem que fazer o preventivo pra ver da mama também, né... quando eu faço o meu eles pedem pra sempre uma semana depois da menstruação a gente tá...no banho, vendo se têm aqueles caroços...tem um nódulo que uns... uns saem do lugar outro não...então isso tudo eu já aprendi também...todas vezes eu observo. (S6, 36 anos)

A gente tá sempre orientando as pessoas...todos os anos...vir fazer essa coleta [coleta de material para exame de citologia oncológica do colo de útero], né... e não deixar passar não, todo ano vir mesmo. O certo é uma vez por ano mesmo e aqueles que tem mais sérios riscos, então de cada seis meses. Por que tem uns que tem cisto, outros tem até menstruação duas vezes por mês, então a gente orienta mesmo vir marcar uma consulta com o médico... eu acho que a prevenção é em primeiro lugar. E agora eu to tentando convencer ele [o marido] de fazer os exames da próstata, né...por que ele já passou dos quarenta, tá com quarenta e um. Mas, isso tá meio complicado, mas eu ainda vou conseguir. (S6, 36 anos)

Fazer o auto-exame do câncer de mama, fazer o preventivo. (S7, 42 anos)

No meu caso eu acho que a gente que está sempre fazendo o preventivo, tem que estar sempre conversando com o médico, tá sempre ciente de qualquer coisa que aparece de modo diferente...procurar, não deixar. Que nem o caso do meu pai...meu pai estava com uma inflamação...disse que era uma gripe que tinha dado nele e ele perdeu a voz, aí a gente marcou um otorrino pra ele...particular, né...por que estava demorando pelo SUS, aí o médico encaminhou ele direto pra lá...então eu acho assim, que quando você nota alguma coisa diferente em você, por que a gente conhece o corpo da gente, a hora que você nota alguma coisa diferente não pode esperar, por que tem coisas que...você corta no começo o mal...agora se você deixar, quando você vê já está avançado. (S8, 48 anos)

eu acho que para prevenir quando acontecer uma batida, você deve procurar um médico, né...examinar, fazer um exame, pedir um RX, ou tipo assim, você vai no médico na hora e não é nada, com o tempo você deve estar sempre em observação naquele local que bateu, pra ver se tá formando alguma coisa, sempre olhando...cuidando. (S7, 42 anos).

O valor dado à realização dos exames de detecção do câncer foi traduzido por frases como: *fazer os exames todo o ano; procurar o médico ; fazer chek up; fazer o exame de papanicolaou; fazer o exame das mamas; apalpar as mamas; fazer o exame de próstata; fazer o exame de sangue; fazer RX; observar o local que bateu e ainda não ter medo de fazer os exames.*

Portanto, a realização de exames preventivos foi um tema que apareceu com ênfase entre os sujeitos e destacando-se entre os exames citados o exame do colo do útero, das mamas, da próstata e de sangue. A periodicidade ideal para a realização desses exames também foi explicitada, além da importância das ações educativas como um facilitador do comportamento preventivo.

O conhecimento das mulheres sobre a importância da realização dos exames preventivos e de detecção precoce aproxima-se do conhecimento médico. Este estreitamento deve-se principalmente à divulgação dos comportamentos preventivos esperados por este modelo - o modelo médico - pelos meios de comunicação em massa, como as campanhas do MS e a inserção desta temática em diversos programas da mídia. Esses novos conceitos estão refletindo em uma mudança na valorização da cultura de prevenção.

Entretanto, Merighi et al. (1997) constataram que muitas mulheres desconhecem a função dos exames preventivos e muitas não buscam o resultado desses exames o que é um alerta para a importância das ações de informação, como forma de conscientização da população.

5.3.2.2 Ter uma alimentação adequada

A alimentação foi explorada com intensidade nas falas a seguir:

Dieta alimentar...verduras verdes, frutas amarela [...] não comer muita carne...o tomate ajuda a prevenir. [...] a carne por ter gordura pode atrapalhar o funcionamento do corpo inteiro, nem só o câncer, tudo. [...] a gente precisa dela também. [...] o tomate está sendo usado para o tratamento do câncer e a laranja ajuda no restabelecimento do câncer... a maioria das coisas que eu falei são coisas que eu ouço as pessoas falar ou em televisão...o tomate acho que é a pigmentação dele [...] porque todas as verduras têm o negócio de cor...cor verde é bom pra queimar as gorduras...cor vermelha é boa pra dar cor...todas as frutas têm um estágio de cor...uma necessidade...uma coisa certa. [...] A gordura pode fazer

várias coisas...da obesidade ao infracto, essas mortes instantâneas que hoje tem...é tudo por causa disso...gordura no sangue. A carne atrapalha bastante a vida da pessoa. (S2, 29 anos)

[...] alimentação correta...uma alimentação correta é uma alimentação saudável, com bastante vegetais, proteínas... (S1, 24 anos)

A boa alimentação... eu acho que a parte principal é a boa alimentação. (S3, 53 anos)

Ah, pra gente dizer de uma boa alimentação...isso daí eu já não sei se previne o câncer...eu não sei se tem outro tipo de prevenção a não ser os exames, né...a coleta todo ano. Depende muito do que come, frituras, essas coisas aí...por que câncer de estômago tem que cortar muita coisa ácida que come. A coisa ácida...ela vai comendo a parede do estômago, por que a parede do estômago tem uma parte que ela já é ácida...e mais alguma acidez junta aí já faz doer a parede do estômago, dá queimação...por que ela já é áspera, né. (S6, 36 anos)

...eu tenho o intestino muito ressecado, então eu já comecei a prevenir sobre isso, sabe, comecei a me cuidar sobre isso...isso pode me causar um câncer. O meu intestino ele estava assim, estava tão complicado que eu estava com medo já, né...então as nutricionistas me explicaram sobre aquela fibra de trigo e o leite de soja também que previne a osteoporose...essas coiseiras, né...daí eu comecei a tomar isso daí...ingerir isso daí, e foi muito bom...nossa! ...eu ia ao banheiro uma, duas vezes a cada quinze dias. Melhorou bastante, por que eu demorava de quinze dias a uma semana para ir ao banheiro e eu sofria muito quando eu ia, sabe...agora não, agora eu vou todos os dias, meu intestino tá normal, até nem estou tomando mais, parei. Eu me cuido por que por que diz que quando você vai evacuar, você não pode ficar fazendo muito esforço, né...não pode fazer muita força, que prejudica, e através disso que pode se tornar um câncer. (S7, 42 anos)

Pra começar evitar extravagância, né...comida, bebida, tudo isso, né...agora tem vez que a pessoa faz tudo isso e mesmo assim não adianta. Que nem eu mesmo, eu não faço nada de extravagância, faço tudo direitinho...de repente pode acontecer alguma coisa comigo, né. Tem coisas que acontecem... não sei como acontecem. (S8, 48 anos)

Em sua fala, além de descrever o que acredita ser uma dieta ideal, S2 explica o motivo da sua crença, aproximando esta do conhecimento médico, que afirma sobre a variedade de nutrientes e vitaminas dos alimentos e a relação que há entre sua cor e seu valor nutricional e vitamínico.

Outras crenças sobre a alimentação surgiram quando perguntamos sobre as formas de prevenção de outras doenças.

[...] Eu evito de comer gordura pela tendência de engordar, mas, assim, não vou comer tal coisa por que pode provocar, não, não tem nada disso não. Não tenho essa preocupação não. (S2, 29 anos)

A alimentação da gente...principalmente, não só como o câncer, como outras doenças, você tira fritura, gordura, pimenta [...]. (S8, 48 anos)

[...] uma boa alimentação, eu tiro a fritura e a salada eu não tempero, só final de semana eu como outras coisas. (S9, 31 anos)

[...] Eu bebo bastante água, líquidos, como bem...salada, arroz, feijão. Uma boa salada tem que ter verduras: alface, o almeirão, a rúcula, beterraba. Eu sei que muita gente come salada para emagrecer, por que é leve. A beterraba é boa para a anemia, ela tem vitaminas. (S4, 23 anos)

Na fala de S2, S8 e S9 percebemos, enfatizada a crença de que a gordura é prejudicial à saúde. De uma forma geral a fala de S4 indica a importância de uma alimentação saudável, rica em verduras e legumes.

Outro dado encontrado nas falas foi a relação da dieta com a idade e com o gênero feminino: *até uma certa idade você tem que evitar muitas coisas (S7, 42 anos); a gente que é mulher não pode comer essas coisa reumas (S5, 60 anos).*

Helman (2003) explica que a comida, na sociedade ocidental, não é apenas uma fonte de nutrição, mas tem papéis que estão relacionados com os aspectos sociais, religiosos e econômicos. Assim, a comida traz uma gama de significados simbólicos. Para o autor, o alimento é uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo.

Alguns hábitos da sociedade ocidental são tidos como tabus, como a considerar que alguns alimentos são nocivos, ou mesmo proibir a ingestão de outros alimentos em determinada fase da vida do indivíduo. Esses comportamentos não são, na maioria das vezes, fundamentados no conhecimento médico.

5.3.2.3 Ter um comportamento sexual e reprodutivo seguro

A crença de que o comportamento sexual e reprodutivo seguro pode proteger do câncer está presente nas falas a seguir:

Eu acho que a gente tem que ter uma higiene boa, né. Eu acho que quando a pessoa vai ter uma relação tem que ter uma camisinha...é lógico que a pessoa tem que se cuidar...a pessoa não pode...por exemplo, ficar o dia todinho sem tomar um banho...uma coisa de assento. usando um sabonete próprio...pra você tomar um banho genital, né...por que eu uso essas coisas...sempre eu tenho meu sabonete próprio, tenho às vezes meu creme...se eu sinto qualquer coisa eu já vou ao médico para usar uma pomada...então eu acho que a gente tem que usar todas essas coisas pra gente evitar de pegar uma bactéria ali, né. (S5, 60 anos)

[...] nas relações você tá sempre com um parceiro só, nunca tá trocando de parceiro e você tá usando preservativo, pelo menos pra tá prevenindo, né. Eu tenho um parceiro só...eu não uso preservativo não, por que ele foi meu primeiro homem...e espero que seja...alias, é aí que tá o erro das casadas...por que a gente confia no marido, né...a gente acha que eles não vão ter a capacidade de lá fora eles trocar de companhia. Eu confio em mim, eu sei que se depender de mim, eu não tenho doença nenhuma e nunca vou ter...dependendo de mim...por que se um dia eu pegar eu sei que vai ser dele, então, eu acho que prevenindo é assim mesmo é usar o preservativo é usando somente um companheiro e mais nada. (S6, 36 anos)

Nesta situação, S5 relata a importância do uso da camisinha e, ainda, relaciona este uso com práticas de higiene.

Na fala de S6 aparece a relação da segurança com a fidelidade conjugal. Esta crença é associada à garantia de não pegar doenças caso o relacionamento seja com um único parceiro fiel. Ela diz, ainda, que a crença na fidelidade conjugal pode ser um engano: o *erro das casadas*, que acreditam que seus maridos não têm outras parceiras o que nem sempre é verdade.

A atitude das mulheres diante dos preservativos ainda é de rejeição, fato que pode ser explicado por estes não estarem acessíveis aos usuários ou ainda por razões culturais. Semelhante atitude é reforçada pelo medo de que a exigência

do uso do preservativo possa ameaçar a sobrevivência do relacionamento em razão de que o parceiro pode queixar-se da falta de confiança (Helman, 2003).

Outras crenças sobre o cuidado com o comportamento sexual apareceram quando perguntamos sobre a forma de prevenção contra outras doenças.

Ah, uso camisinha, né, se previne bastante usando camisinha, tomando os remédios [pílula anticoncepcional], principalmente por causa de gravidezes. Eu me previno muito com camisinha da AIDS, de todas as doenças sexualmente transmissíveis...do câncer eu acho que não...eu acho que não. (S1, 24 anos)

[...] Minha relação [sexual] é só em casa mesmo, não tem negócio de dizer assim: saio por fora. Então, meu parceiro é uma pessoa que tem saúde, né. Eu também sou uma pessoa que não tenho problema...evita da gente tá com muita doença, né. (S5, 60 anos)

Nesse sentido, S1 acredita que é importante usar a camisinha para a prevenção de DST e AIDS. A fala de S5 reforça a crença de que é mais seguro ter um único parceiro sexual, mas não relaciona esta crença com o risco do câncer.

S3, que não teve filhos, acredita que ter um filho protege a mulher de problemas com a saúde.

Antigamente, as mães falavam que se a gente não tem filho gerado, dá mais problema na saúde, por que diz que limpa o sangue, né, de ter o filho gerado. (S3, 52 anos)

Segundo Helman (2003, p. 165) “Quando uma mulher não consegue conceber, uma grande variedade de suposições culturais normalmente aparece para explicar a infertilidade e explicar como lidar com ela”. Na sociedade ocidental, a mulher estéril freqüentemente é marginalizada e vista como uma pessoa incompleta,

e normalmente a responsabilidade de não conseguir gerar um filho e concebê-lo recai sobre ela.

Na medicina a esterilidade é tratada como um problema e a incapacidade de não conceber um filho é traduzida como nuliparidade. De acordo com Vanzin e Nery (1997), este fator é considerado de risco para alguns cânceres, como o câncer de mama. A crença de S3 tem, portanto, fundamento, aproximando-se do conhecimento médico.

5.3.2.4 Parar de fumar

Apesar de várias falas considerarem o tabaco como causa do câncer de pulmão, boca e até de todo o tipo de câncer, como a fala de S4: *A minha mãe fuma...eu já cansei de falar que causa câncer do pulmão..., todo mundo já cansou de falar pra ela largar do cigarro*, somente S6 referiu-se à abstinência do tabaco como forma de prevenção do câncer.

Parar de fumar, né...com certeza a pessoa deveria parar de fumar por que acho que já é uma prevenção...para o pulmão é o melhor remédio...é parar de fumar. A nicotina, essas coisas do cigarro, né... que vai acumulando ali no pulmão...que vai criando aquela parede escura e ali vai criando tipo de umas bolhas, sei lá...tipo de alguma ferida no pulmão, né...começa com aquela pigarra, aquela falta de ar, aquela insuficiência de respirar... quem fuma tem que se prevenir, tem que parar de fumar e pronto, né...acho que não tem outra saída... eu acho que o câncer de pulmão vem mesmo do cigarro... (S6, 36 anos)

A crença de que não fumar é uma forma de prevenir-se contra o o câncer é presente na fala de S6. Ela relaciona o hábito de fumar com o câncer de pulmão, afirmando que *o câncer de pulmão vem mesmo do cigarro* e diz que a nicotina e outros componentes do cigarro afetam o pulmão.

Quando perguntamos sobre a prevenção contra outras doenças, S8 disse que o cigarro e o álcool podem causar doenças, sugerindo: *você tira cigarro, bebida, álcool*, e S5 relatou que não fuma como forma de se proteger: *Eu não fumo*.

O conhecimento e as crenças sobre o tabaco têm certamente uma forte influência da mídia, tanto positivamente, quanto negativamente. O aspecto positivo pode ser destacado pelas discussões promovidas pelos meios de comunicação em massa a respeito dos efeitos maléficos do tabaco sobre o organismo humano e ainda a sua ligação com alguns tipos de câncer. O aspecto negativo, e provavelmente o mais aparente, pode ser exemplificado pelos modelos de comportamentos exibidos pela mídia. São apresentados modelos de indivíduos geralmente dotados de diversos atributos considerados pela nossa sociedade como de valor os quais se exibem fumando e dessa forma ligam o status social ao tabagismo.

5.3.2.5 Ter cuidado com a exposição solar

O câncer de pele não pode tomar muito sol, que tem o horário certo pra tomar sol... que pode surgir aquelas manchinhas. (S7, 42 anos)

[...] o câncer [...] da pele eu mesmo tive o comecinho, por queimadura de sol... [...] ela pediu pra não ficar sem protetor, pra cuidar direto e a noite eu passo uma pomada. Eu uso o protetor só no rosto, eu deveria usar no corpo todo, tem que usar, mas a gente levanta...já é tudo atropelando a vida [risos]... [...]. (S8, 48 anos)

Quanto à crença de que a exposição exagerada ao sol causa câncer de pele, esta podemos constatar nas falas de S7 e S8, que relatam ser necessário tomar sol sem exagero e no horário certo e ser necessário, também, usar protetor solar. Na fala de S8, este cuidado é destacado com singular importância, visto que ela desenvolveu um câncer de pele. Ela diz ser importante o uso do protetor solar

em todo o corpo, mas não usa. Este fato pode ser explicado devido aos transtornos para sua vida, gerados pela mudança da rotina.

5.3.2.6 Procurar cuidados alternativos

Com referência à prevenção do câncer, os sujeitos demonstram crenças diferenciadas. Essas crenças denunciavam comportamentos curiosos, como a ingestão de besouros e o uso de uma medicação à base de cogumelo do sol.

Quando eu era muito pequena, tinha acho 7 anos, o meu avô por parte do meu pai tinha câncer na garganta. Tinha na época uns besourinhos, uns besourinhos preto e meus pais diziam que se nós comêssemos aqueles besourinhos não teríamos câncer. E assim, obrigavam a gente a comer aquele besourinho. Ele era criado no pão, no miolo do pão, dentro de um vidrinho e meus pais nos obrigavam a comer de medo de pegar o câncer do meu avô. Mas é lógico que isso é tolice, né. Eles acreditavam que prevenia. Hoje eu não faria isso com os meus filhos, mesmo se ficasse comprovado, eu não faria igual a minha mãe, né. Vem um e fala: “oh, isso aqui é bom” e ela vem enfiando na gente! Mas eu entendo, por que isso aí foi falta de informação dela, né. Ela achava que por nós convivermos com o meu avô, que tinha o câncer, nós estávamos correndo o risco de no contato com ele, ter também. Ele tinha o hábito de fumar e cuspir na terra, por isso ela não deixava a gente andar descalço de jeito nenhum, por que podia pisar em cima...podia subir pela pele. Ela obrigava a gente comer como prevenção, para que a gente não viesse a ter o que meu avô tinha...que convivia com a gente, mas eu procuraria saber se isso é verdade, pra saber se tinha necessidade, para daí então dar para meus filhos. Às vezes tava até prejudicando a gente...vai se saber, né...é um bichinho! Meu avô tinha a vasilha dele de comer separado. Minha mãe tinha medo da gente pegar lá um restinho de um cuspe, ou alguma coisa deste tipo e contaminar a gente, que é o caso do beijo, né? A gente pega quantos vírus pelo beijo? O vírus podia tá ali também. Eu acho que a minha mãe não daria besouro pra gente comer hoje não. Minha mãe é viva, é nova tem 50 anos. Faz tempo que eu não comento isso com ela não, mas ela fazia a gente comer, a gente era obrigada a comer, comia um por dia...tinha um vidrinho lá em cima da geladeira que ela criava os bichinhos com o miolo de pão e não sei como eles procriavam lá dentro sem ar, sem nada... num vidrinho fechado eles procriavam... uns besourinhos bem pequeninos, não são esses besouros normais não. Ela achava que pelo meu avô ter o câncer de garganta, nós teríamos também... tinha que se ter um certo cuidado, e esses besouros que ela fazia a gente comer eram pra isso, para que a gente não corresse o risco. Ela dava pra ele e dava pra gente, e não resolveu de nada.. ele operou e morreu do mesmo jeito. (S2, 29 anos)

Um remédio que eu ouvi falar é o cogumelo do sol. Diz que tomando esse líquido todos os dias à noite, diz que protege, mas não sei também... não ouvi falar, não saiu em livro nenhum de ciência... eu já vi o povo comentando. Diz que é muito bom, mas não sei. (S6, 36 anos)

Na fala de S2, rica em detalhes, ela refere o uso de uma terapia alternativa para prevenção do câncer de garganta em forma de crítica ao comportamento preventivo da sua família no passado. Na cultura ocidental ainda não há uma forte aceitação das práticas alternativas em contraposição à oriental que a privilegia. Acreditamos que devemos avançar neste aspecto, valorizando o conhecimento popular frente a cura das doenças.

Os tratamentos alternativos aparecem como uma ajuda na terapêutica tradicional. Os resultados ainda são questionáveis e dependem da visão individual dos profissionais.

Alguns exemplos de terapias alternativas são: uso de cristais, cogumelo do sol, lavagem intestinal, hidroterapia, curandeirismo, uso de vitaminas e chás, alguns alimentos, picada de abelha, babosa e cartilagem de tubarão. Outra terapia alternativa difundida em geral por meio da Internet e da mídia e citada por um dos nossos sujeitos é a coleoterapia, baseada na ingestão de um inseto, o *Palembus ulomoides dermestoides*, um tipo de besouro, que melhoraria a qualidade de vida, eliminando a dor e estimulando o sistema imunológico (HOSPITAL DO CANCER A. C. CAMARGO, 2004).

Na fala de S2, ela ainda explora os comportamentos de prevenção, abordando os estigmas com que o indivíduo é marcado por causa do câncer, como o medo aliado à falta de informação, resultando na crença de que o câncer é contagioso.

Wonk-Kim et al. (2003) pesquisando imigrantes chineses que vivem na Califórnia também constataram essa crença. Wonk-Kim et al. (2003) referem a importância de diferenciarmos contagioso de infeccioso. Um caso atual que exemplifica esta provável confusão é a infecção cervical pelo papilomavírus que está relacionado com o câncer do colo de útero, mas que por sua vez não é contagioso.

5.3.2.7 Não fazer nada

Não tem nada que fazer não, quem tiver que pegar ou ter vai ter do mesmo jeito, não tem essa. Se já é hereditário não tem o que fazer...eu não acho que todo câncer é hereditário, eu acho que se sua vó já teve...se sua mãe teve. Eu não acredito que o cigarro possa me causar o câncer. (S9, 31 anos)

Na fala de S9 fica clara a crença de que não adianta ter comportamentos de prevenção do câncer, já que é forte a crença de que quem tiver que ter câncer o terá e não há nada a fazer. S9 é tabagista, tem parentes com câncer, mas diz não se preocupar com isso.

Esta fala coincide com a visão daqueles que dizem que *quanto mais se mexe, pior fica*, já relatada por S8. Assim, podemos apreender que essa é uma construção cultural do grupo.

5.3.2.8 Reduzir o estresse

Outros procedimentos relacionados com a prevenção de doenças, não necessariamente o câncer, foram relatados, como realizar atividades físicas, diminuir a carga de trabalho e ter amor, os quais foram tidos como capazes de diminuir o estresse e, portanto, ajudar na melhora da saúde, de forma geral. É

interessante lembrarmos que o estresse apareceu como uma crença de causa de câncer, mas nas falas não vimos uma proposta específica de evitá-lo.

Nas falas a seguir, encontramos o significado que as mulheres dão a essas atividades, afirmando o seu benefício para a saúde.

Ah, eu gosto bastante de fazer exercícios, caminhada. O exercício é pra emagrecer, queimar gordura, gordura dá colesterol...é...bom também pro coração, né...diz que caminhada é bom pro coração...se exercitar...diz que...minha mãe que fala...passa sangue novo no coração, na musculatura...alongar...eu acho que ajuda pra você não ter distensão...essas coisas e melhorar a sua saúde de uma maneira geral. (S1, 24 anos)

[...] to sempre malhando também em casa, cuidando do serviço, subindo e descendo escada, tem tempo que eu saio para fazer caminhada, né...mas tem vez que eu canso e paro, e só fico em casa...é só para ajudar a circular. Eu acho também que a pessoa ficar muito parada, acho que ajuda a desenvolver alguma coisa, né...a pessoa já fica com uma má circulação, então acho que isso aí prejudica tudo[...]. (S5, 60 anos)

A ginástica é boa pra tudo, não só pro câncer...é pra cabeça...tudo...eu faço três dias por semana. Eu faço aparelho também para melhorar o fortalecimento do músculo, que me ajuda a andar melhor, por que diminui o impacto, né...você não fica pesada, você fica mais leve, né, você pisa com mais facilidade, por que uma pessoa que não anda, a pessoa que não faz caminhada, tenta levantar do lugar que tá sentada, ela sente dificuldade mesmo ela sendo magra, eu sou meio gordinha, mas eu não tenho dificuldade para levantar e abaixar não...eu abaixo e levanto numa boa. (S8, 48 anos)

Faço caminhada, a caminhada melhora a circulação, melhora tudo [...]. (S9, 31 anos)

Eu estava fazendo ginástica, aí eu comecei a trabalhar e parei [...]. (S4, 23 anos)

Nas falas apresentadas encontramos o significado que as mulheres dão à atividade física, afirmando o seu benefício para a saúde, entretanto, na fala de S4, percebemos a dificuldade de conciliar o trabalho com as atividades físicas.

É comum encontrarmos a associação da saúde com a prática de atividade física regular. Palma (2000), porém, afirma que, apesar da clareza encontrada em diversos estudos, a respeito dos benefícios que a atividade física

regular proporciona à saúde, esta pode ser questionável, pois os programas relacionados às atividades físicas propostas pela área da saúde devem ser revistos, ou seja, tratados de forma individualizada, respeitando-se os limites biológicos, sociais e culturais do indivíduo.

Nas falas a seguir percebemos o significado que se dá à carga excessiva de trabalho como indutor do estresse e da hipertensão.

A pressão alta é uma coisa que tá pegando muita gente... muito stress, muito trabalho, e eu acho que isso tudo faz parte da gente futuramente ser uma hipertensa, a gente pode também tá diminuindo o sal na comida e não se carregar muito de serviço, trabalho, essas coisas...tentar dá um tempo, sair mais, descansar sair um pouco também. Então eu acho que tudo isso faz parte também da gente tá evitando a hipertensão. O stress, eu acho que tem muito a ver com o câncer. Eu acho que mexe com o sentimental da pessoa, com o nervosismo...através de como que vai parar...como que faz...não sei explicar. (S6, 36 anos)

Boa saúde a gente pode ter...tem que começar mentalmente e espiritualmente... você tem que acreditar que tem um ser que te criou que é Deus, né... pra ter boa saúde você tem que ter muito amor, se tem que se sentir motivada pelo amor [...]. Então se alimentar bem, exercício físico [...] A caminhada me faz bem...relaxar assim na cabeça... você desliga a mente das coisas nervosas...preocupação... eu me sinto menos nervosa...durmo bem, eu me sinto motivada pelas coisas, sabe. E mesmo que eu sei pra gente evitar certas doenças do coração... também aquele negócio de osteoporose... não sei o que ela faz...sei que ajuda [...] quando eu fico muito parada a gente sente dificuldade...sente mais dor no corpo [...] Eu penso que a caminhada é melhor que o exercício físico de uma academia... você tá respirando um ar puro [...] então ajuda em tudo. (S3, 52 anos)

Em sua fala, S6 relaciona o estresse com o câncer, mas não diz sobre essa relação. S3 acredita que o amor é o melhor remédio, associado à espiritualidade, a uma vida saudável, com uma alimentação e atividade física adequadas. Esses aspectos são também uma construção cultural.

5.3.3 A busca pela prevenção do câncer

Nesta subunidade procuramos conhecer o que leva as mulheres a procurar o serviço de saúde para exames de prevenção. As falas se pautaram no exame de prevenção do câncer do colo do útero e das mamas, provavelmente, por estes serem comportamentos culturalmente já aprendidos pelas mulheres. Outros programas de prevenção, como o de detecção de câncer de pele e boca, já existem, mas ainda não foram introduzidos na conduta cultural das mulheres como meio de prevenção, e, provavelmente, também não foram introduzidos culturalmente pelos profissionais de saúde, visto que estes programas em nenhum momento foram citados.

Notamos que existe falta de informação sobre os programas de prevenção. Embora as mulheres tenham relatado a importância da realização do exame preventivo, algumas delas não associaram o exame com a prevenção do câncer. Para elas, estes exames eram importantes para prevenção contra outros problemas ginecológicos, como corrimentos vaginais e feridas no útero.

A motivação para aderir às práticas preventivas deu-se de diversas formas, descritas a seguir:

- Busca pela prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero e de mamas (S1, S3, S5, S7 e S9).

O que levou? É por que... sempre fala na televisão destas doenças do colo, do câncer né, aí agente fica com medo e vem fazer para ver se não tem problema na gente. Por exemplo... tá em mim...que eu acho que eu nem agüentaria se o médico chegasse e falasse: ah, você tem isso. Acho que eu ficava desorientada...eu me sinto honrada por vir aqui, né, ser atendida, saber que eu não tenho nada, fazer meus exames, saber que eu não tenho

nada, e se eu tiver ele me orientar no que eu posso fazer por mim, né... eu acho importante. (S1, 24 anos)

Por que eu quero ter uma boa saúde... a gente tem que cuidar, tem que cuidar da saúde, não tem? E eu acho assim se você tá bem de saúde, se você tá bem com a vida. (S3, 52 anos)

Eu já faço todo ano, desde meus 17 anos, logo que eu casei, já comecei, né, todo ano fazer, e tenho aquele cuidado todo ano fazer. Eu acho que é um alerta... a gente tá fazendo um alerta para ajudar as outras, né. Pra incentivar pra vir fazer também, né. Que eu graças a Deus, eu não tenho problema de infecção, nada dessas coisas eu não tenho. Por que todo ano eu to fazendo certinho. (S5, 60 anos)

Quando eu venho fazer o preventivo eu penso no câncer e inclusive no dia do resultado quando o médico pergunta: "E daí, está tudo bem?" eu falo: "Ah! Espero, né...espero...vamos ver a resposta."...você vem pensando na resposta. (S7, 42 anos)

O médico...ele pegou no meu pé...por que toda vez eu marco aí eu mênstruo naquele dia...já fiz bastante vezes. A primeira vez...lamentável a primeira vez...a vergonha foi tão grande que você nem imagina...quase me deu um troço...passei muito mal, nossa! Vergonha de tirar a roupa, ficar pelada. Eu tive que fazer por que eu estava com a menstruação desregulada, estava tendo muita cólica, aí peguei e vim fazer...eu vim fazer a prevenção do câncer. (S9, 31 anos)

- Toda mulher tem que fazer (S4)

Fiz por que todas as mulheres têm que fazer para evitar várias doenças...ferida no útero... eu via a minha mãe fazendo, né aí eu falei assim "eu acho que eu tenho que fazer também, né." Por que diz que toda mulher faz, então eu tenho que ir...aí eu fui. Eu sei que também chama CO, mas não sei o que é. Quando eu pedi pra fazer esse Papanicolaou eu sabia que era pra examinar lá...lá na vagina [risos] ...eu sabia que a minha mãe ia, mas eu não sabia o que era, pra que era, né... pra ver o que tá acontecendo, se era mesmo pra evitar o câncer, eu fui saber mesmo naquele dia [na primeira entrevista]. (S4, 23 anos)

- Busca pela resolução e prevenção de problemas ginecológicos (S6 e

S8)

Olha, a primeira vez eu estava grávida e não sabia, era comecinho, tinha casado, aí eu comecei a sentir muita coceira, e eu fui ao médico e ele pediu quanto tempo fazia que eu não tinha feito um exame. Eu falei "Eu nunca fiz doutor...", eu só vim pra saber o que tava acontecendo comigo

naquele exato momento, aquela coceira que me tirava o sono, né...então eu não vim assim como prevenção de câncer. Hoje eu venho, com certeza, hoje eu venho. (S6, 36 anos)

Ah, eu tenho cada vez em quando um corrimento, né...daí eu sempre tenho...eu gosto de fazer. Depois que eu me casei eu faço direto, né...às vezes demora, demora um ano, um ano e pouco, mas eu faço pra me cuidar e não ter problema mais tarde, meu marido é muito mulherengo...aí eu com medo, né...vai que eu pego uma doença...o corrimento não parava, não parava, sempre fiz tratamento, né...lá o médico passava pomada, aplicava, daí a pouco voltava de novo, assim eu falava vou fazer o preventivo, aí foi quando ele falou vamos fazer sempre. (S8, 48 anos)

- Busca por métodos contraceptivos. O serviço de saúde condicionou o fornecimento do método contraceptivo à realização do exame de prevenção do câncer de colo do útero e de mamas (S2).

S2 relata que realizou o exame por ter sido *obrigada*. Após este primeiro exame, ela ficou três anos sem realizá-lo, mesmo indo à unidade freqüentemente para pegar a pílula. Não houve provavelmente, por parte dos profissionais de saúde que a atenderam, a iniciativa de realizar uma investigação e uma orientação a esse respeito. S2 só repetiu o exame quando resolveu mudar de método contraceptivo. A partir daí passou a fazer o exame para controlar o seu uso, sem fazer referência à prevenção do câncer.

A primeira vez eu fui obrigada a fazer...há uns 11 anos eu fui obrigada a fazer. Eu pegava anticoncepcional no posto e as enfermeiras me deram um “cheque mate”: ou você faz ou você não pega mais, aí eu fui obrigada a fazer. Aí eu fiquei uns 3 anos sem fazer, por que as enfermeiras não falaram mais nada de fazer....eu continuei pegando e ninguém mais me cobrou nada [risos] ...eu continuei pegando até por que eu mudei de posto, né....eu engravidei tomando o anticoncepcional...foi na época da pílula da farinha, aí eu engravidei de novo e coloquei o DIU [dispositivo intra-uterino], aí todo ano agora eu venho fazer: pelo DIU...controle, né...ver se ele tá no local certo, ver se não tem nenhuma infecção, se não tá provocando um corrimento, alguma coisa assim, mas... eu faço planejamento todos os anos por causa do DIU, eu não deixo passar nenhum ano sem fazer, sempre de janeiro a março eu faço. Pra mim virou sagrado...tenho que fazer, mas... nunca vim fazendo pensando que ia dá alguma coisa não. Eu venho pra ver se vai dá alguma coisa...algum

corrimento, alguma ferida. O câncer em si, eu nunca pensei nisso não. Nunca pensei que poderia dar alguma coisa assim. (S2, 29 anos)

Com base nesses relatos, percebemos que os cuidados de prevenção muitas vezes são impostos pelo modelo médico, que se apóia no poder do profissional, pelo seu conhecimento, sobre o usuário, o qual ao não compreender este modelo torna-se coadjuvante no processo de cuidar da sua própria saúde. Este modo de pensar que constatamos vai na contramão do novo modelo proposto internacionalmente de cuidado à saúde, que torna o sujeito responsável e consciente dos seus comportamentos de prevenção.

O relatório mundial sobre os cuidados inovadores para condições crônicas (OMS, 2003) ressalta o enfoque da prevenção e argumenta que de todo o serviço de saúde deve incluir o apoio à prevenção, visto que a longo prazo, esta mudança de comportamento pode reduzir drasticamente a carga das condições crônicas e as demandas por tratamento referente a estes problemas.

5.3.4 Os fatores que motivam a prática do comportamento preventivo do câncer

Esta subunidade tem o propósito de identificar os possíveis fatores motivadores da prática dos comportamentos de prevenção. Atualmente as UBSs do município de Cambé realizam rotineiramente, nas mulheres adultas e adolescentes que já tenham atividade sexual, os exames preventivos de câncer do colo do útero (Papanicolaou ou citologia oncótica do colo do útero) e exame clínico das mamas. Outros exames dependem da solicitação do médico e disponibilidade do Sistema de Saúde. Portanto, novamente a maior parte das falas refere-se a esses exames de rotina.

Vários fatores motivadores da prevenção foram relatados nas falas das mulheres e estão descritos nos subitens a seguir.

5.3.4.1 A importância da mídia

Os meios de comunicação, em especial a televisão, foram considerados pelos sujeitos como incentivadores da prática de prevenção contra o câncer. Nas falas encontramos a crença de que a televisão passa informações sobre a necessidade da prevenção, incentivando a busca de orientação profissional. Por outro lado, a televisão foi citada como um exemplo dos atores em relação à conduta em face do câncer, alertando a população. Essas crenças se encontram nas falas a seguir.

Eu não sou muito informada, sabe... o que passa na televisão que eu vejo e eu sinto curiosidade, eu venho e pergunto para o médico...eu sempre assisto...não lembro qual que foi que eu assisti que eles estavam debatendo sobre câncer ... eu acho interessante sempre que passa coisas sobre saúde...eu acho interessante, então eu assisto. Se eu vejo algum panfletinho explicando alguma coisa sobre alguma doença eu procuro ler...sempre eu sou assim...eu chego aqui no posto eu cato todos os panfletinhos que tem...levo embora...e chego lá e fico lendo...tudo...qualquer um eu cato...falou que é sobre doença... tudo eu gosto de ler...tudo eu gosto de saber. É bom, né...a gente se prevenir das doenças...sempre saber o que acontece. (S1, 24 anos)

Tudo que passa na televisão sobre câncer a gente dá aquela paradinha pra ver... Eu acho que a televisão ajuda muito no alerta... aquelas atrizes falando...acho que alerta a pessoa..."ah, acontece só com os outros, comigo não acontece e tal" ...aí de repente como tá acontecendo como essas artistas e tal, então daí você acorda. Eu acho que assim o meio de comunicação ajuda bastante nesse ponto, principalmente a televisão, que as pessoas assistem muito, né. (S3, 52 anos)

...às vezes a gente ouve na televisão, né...explica muito sobre isso. Eu gosto de assistir um programa que passa...ele explica muito sobre essas coisas [...]. (S7, 42 anos)

Para estas mulheres a televisão apresenta uma forte influência cultural na apreensão de conhecimentos sobre o câncer e suas formas de prevenção. Isto é preocupante quando pensamos na qualidade dos programas apresentados, os quais, na maioria das vezes, buscam uma abordagem sensacionalista e não educativa do tema, com intuito de aumentar os índices de audiência.

5.3.4.2 A influência da informação do profissional de saúde

O relacionamento entre o profissional de saúde e o cliente é fundamental na orientação das práticas de prevenção do câncer (LOPES et al., 1999). O profissional de saúde é a pessoa mais indicada para orientar a respeito dos cuidados e prática de prevenção.

[...]às vezes, o médico explica. Inclusive a última vez que eu fiz o preventivo eu fiz com as meninas que explicavam bastante...elas faziam e mostravam pra gente...colocou um espelho, sabe...então foi bem diferente... eu gostei, no início eu fiquei sem graça por que era mais gente, né...mas depois eu achei legal, sabe ...por que daí elas mostraram...eu fiquei mais vontade...aí elas ensinam...explicou como faz o toque...então assim aos pouquinhos a gente vai se desenvolvendo...aprendendo mais as coisas. (S7, 42 anos)

Em sua fala, S7 relata uma experiência positiva em relação à orientação recebida do profissional que a atendeu em sua última consulta para realizar o preventivo do câncer do colo do útero. Percebemos que ela estranhou ter sido orientada, e ainda com a ajuda de um espelho, provavelmente utilizado para ajudá-la a compreender o que estava acontecendo com seu corpo, mas no final da fala ela demonstra satisfação pela forma da orientação.

O profissional, com a sua informação, pode mudar o comportamento das pessoas quanto à prevenção do câncer, desde que ele respeite os valores e as crenças do cliente, e não realize a ação de informação baseado somente no seu conhecimento. Esta opinião é compartilhada por outros autores, como Wenger (1995), Merighi et al. (2002) e Popim (2001).

5.3.4.3 O contato com alguém que tem ou teve câncer

O contato com pessoas que têm ou tiveram câncer causa uma série de mudanças no pensar de outrem sobre a doença e a sua prevenção. A situação delimita o que fazer em relação à prevenção, quando a história faz com que as pessoas relembrem seus conhecimentos e valores em relação ao câncer e à morte.

a gente se cuida, principalmente depois que meu pai ficou desse jeito [...] eu fui me cuidar depois que eu fui levar o meu pai no hospital e eu vi o que o câncer de pele faz.. [...]. A minha irmã estava com as mesmas manchas que apareceram no meu rosto e aí ela já veio direto na dermatologista. Inclusive as filhas dessa minha irmã...[...] na hora que ela viu o meu rosto daquele jeito ela falou o que! Eu não quero ficar igual a minha tia, não!"...[risos]...então todas elas se cuidam, por que elas ficaram com medo Você precisa ver mesmo, não é só falar, você precisa ver mesmo, aí você vê que tá feio, aí você fala: "eu não quero isso prá mim." Tem cuidar o máximo pra não deixar, né. (S8, 48 anos)

Observamos, na fala de S8, que a experiência que teve com o câncer a motivou e também a seus familiares a buscarem formas mais efetivas de cuidado. Ela relata que a doença de seu pai e as idas ao hospital do câncer levaram-na a detectar um câncer de pele, do qual hoje está se tratando. Esta atitude também motivou outras pessoas da sua família.

5.3.4.4 O valor da saúde

Um outro fator motivador da prática de prevenção que encontramos foi o desejo dos sujeitos de saberem se está tudo bem com a sua saúde.

Bom, a gente tem um pouco, assim de receio, de vergonha, mas depois passa tudo. A gente sabe que tá fazendo pelo bem da gente, né. Então, a gente tem que fazer. (S5, 60 anos)

Ah, eu me sinto bem...eu acho bom, por que a gente tá se prevenindo, né...a gente tá tomando os cuidados que devem ser tomados, por que tanto bem eu quero pra mim, por isso todo ano eu to ali, né...como a gente passa para os outros lá fora também. (S6, 36 anos)

...eu me cuido, no que depender de eu me cuidar, eu cuido, só se tiver que acontecer e não tiver jeito, sabe... eu me cuido, por que eu quero envelhecer bem, quero estar bem...eu imagino assim: eu não quero que me dêem banho, a não ser quando eu estiver bem velha, mas enquanto eu puder eu vou procurar cuidar pra não acontecer isso, a cabeça estar sempre bem. (S8, 48 anos)

Para estas mulheres, o valor da vida é um valor cultural, como se pode ver na fala de S4: *A gente se sente aliviada de saber que não tem nada sério.* Este desejo também é expressado nas falas de S5 e S6. Outro desejo que os sujeitos manifestaram é de envelhecerem de modo saudável, livres de doenças, como vemos expresso na fala de S8.

5.3.4.5 O acesso ao exame preventivo do câncer

Na fala de S5 notamos a crença de que hoje ficou mais fácil realizar os exames do que em tempos passados.

[...] E inclusive, essas pessoas bem de idade, de primeiro não fazia exame, agora não, a gente já tem tanta oportunidade boa da agente chegar, né, nos médicos e falar que quer fazer um exame, né, eles mesmo

passam a gente pra fazer o exame, mas antigamente não usava. (S5, 60 anos)

Diversos estudos apontam que ainda hoje muitas mulheres não realizam os exames preventivos do câncer que estão disponíveis na rede básica de saúde (PINHO; FRANÇA JÚNIOR, 2003; LOPES et al., 1999; MERIGH et al., 1997; JENNINGS, 1997).

A disponibilidade dos exames de prevenção é prejudicada por alguns fatores, que foram observados em nossa prática de vários anos de atuação na rede básica de saúde. Dentre eles destacam-se: demora nas licitações para compra de kits para coleta de material cérvico-uterino; falta de impressos para encaminhamento de exames; falta de espaço físico para realizar a coleta; falta de materiais permanentes; falta de profissionais capacitados para a realização dos exames; cotas reduzidas para exames complementares e mesmo de *screening*, como a momografia. Estes fatores refletem, muitas vezes, em agendamentos reduzidos, dificultando às mulheres a programação da realização periódica dos exames.

Entretanto a realização de exames preventivos, principalmente o Papanicolaou, em países desenvolvidos, adquiriu o status de uma técnica de rastreamento efetiva e eficiente na redução das taxas de morbi-mortalidade por câncer cervical. Este fato ainda não foi observado em países em desenvolvimento, cuja cobertura ainda não alcançou níveis coerentes com as necessidades da população feminina de maior risco (PINHO; FRANÇA JÚNIOR, 2003).

5.3.4.6 O medo - “com o câncer não se brinca”

Nas falas de S6 e S8 fica explícito o sentimento de temor diante dos riscos do câncer como motivador dos comportamentos de prevenção.

Com câncer não se brinca. Talvez você pode ter ele no começo...fazendo esse exame você vai ter como controlar ele, né...você tem a cura dele, agora se você espera de um ano para o outro, aí pode vim deslocar um pior aí e aí é perigoso você perder mama, perder o útero. (S6, 36 anos)

Quando eu vou, eu quero que esteja tudo bem, eu quero ter uma boa notícia. Toda vez que você vai num lugar desses, você fica lá... “tomara que não dê nada, tomara que não dê nada”...só fica assim no dia que vai fazer, a moça conversa muito pra gente, assim sabe, fala isso, fala aquilo, eu acho que se tiver alguma coisa ali na hora já fala, então depois que colhe não tem erro mais não, mesmo que venha, já não é o choque igual da hora que colhe. (S8, 48 anos)

Muitas vezes, o sentimento de medo relacionado ao câncer é criado e perpetuado pelo próprio discurso de risco presente nas campanhas de saúde pública, bem como nos atendimentos médicos, convencendo as pessoas do perigo que correm se não adotarem certos comportamentos preventivos. Assim, o medo passa a servir como um elemento regulatório e propulsor da realização de exames de prevenção (PINHO; FRANÇA JÚNIOR, 2003). Lopes (1996, p.224) argumenta sobre uma campanha realizada pelo MS e pelo INCA, no qual a mulher é responsabilizada pela prevenção do câncer: “O câncer do colo do útero pode ser evitado...e só depende de você”.

Por outro lado, o medo pode acabar adquirindo um efeito contrário ao que se deseja, tornando-se um elemento restritivo a estas práticas (PINHO; FRANÇA JÚNIOR, 2003). A fala: *com o câncer não se brinca*, aponta este aspecto, transformando-se em um estigma em relação aos cuidados de prevenção do câncer.

5.3.4.7 O dever - Deus espera que façamos a nossa parte

No relato de S7 percebemos a crença de que um comportamento descuidado pode predispor uma pessoa a doenças naturais e à fúria divina.

Eu venho por que eu penso assim...o médico tá aí e Deus diz assim pra gente “faz a sua parte que eu faço a minha”, né...então se o médico está para te orientar, te explicar, então, eu acho que eu tenho que vir, por que eu não sei tudo, vocês estão me ensinando muitas coisas, né então eu acho que isto é importante...buscar informação. (S7, 42 anos)

Segundo Helman (2003), no mundo industrializado, a explicação sobrenatural para as enfermidades é menos comum, e o principal equivalente é colocar a culpa dos problemas de saúde no azar, no destino, nas estrelas ou na vontade de Deus . Na maioria dos casos essas teorias leigas são multicausais, ou seja, admitem a ação conjunta de diversas causas, como as individuais, as sociais e as sobrenaturais. Portanto, o comportamento de prevenção de S7 é motivado pela crença *que de Deus espera que façamos a nossa parte* e que o profissional de saúde faça parte desta rede divina de ajuda.

6.4.2.8 A habituação

Agora já virou um hábito, né. Agora é que nem entrar numa sala normal. Não é mais um mistério não é nada diferente ou algo que eu não tenha conhecimento ainda. Agora é normal... [...]. O médico falava: “tira a roupa”, aí eu travava toda ..e chegava a doer, porque aí eu me travava, né...não relaxava o músculo, doía mais ainda. E com o tempo fui fazendo um, foi fazendo dois, a gente se distrai e vai virando costume...a gente pega o jeito e aí para o medo...acaba. [...]. É estranho, eu era nova, não tinha a mínima vontade não. Hoje é normal. É até mais fácil para colher agora, né. Eu fico mais relaxada, não dói, não acontece mais nada. (S2, 29 anos)

Para mim é normal agora, não me sinto mais nem constrangida, nem nada. Para mim é normal, eu me sinto bem, sempre a gente é bem tratada, graças a Deus, né, não tenho a reclamar. Então eu me sinto bem,...me sinto feliz por que é para o meu bem próprio. (S3, 52 anos)

Nossa, foi horrível, fiz até com o médico, aí ele examinou a mama, examinou tudo...foi horrível, ele examinou tudo, não gostei não...a posição, o médico examina a gente toda...não gostei não, mas depois...aí né, acostumei...que daí é a mesma coisa de sempre [risos]. (S8, 48 anos)

Conceitualmente, habituação deriva de habituar-se, criar um hábito (BUENO, 2000). Para S2, S6 e S8 a realização do exame preventivo já é um hábito, não causando mais medo. Este fato pode ser explicado pelo dinamismo cultural, em que os comportamentos são dinâmicos, e os valores atribuídos a determinadas situações podem variar com maior ou menor importância (MARCONI; PRESOTTO, 2001).

A partir da interpretação das falas, podemos concluir que após a realização de alguns exames, estes se tornam mais tranquilos, pelo fato de Ter havido a habituação a qual promove a prática dos comportamentos de prevenção.

5.3.5 Os fatores que desmotivam a prática do comportamento preventivo do câncer

Esta subunidade tem o propósito de identificar os possíveis fatores desmotivadores da realização dos exames de prevenção. Mais uma vez a maior parte das falas refere-se aos exames de prevenção do câncer cérvico-uterino e de mamas.

Vários fatores foram relatados nas falas; os principais estão descritos nos subitens a seguir.

5.3.5.1 A falta de tempo

Ah, eu acho que é desleixo mesmo, preguiça...ou que não dá tempo...que eu mesmo não dá tempo. (S1, 24 anos)

A falta de tempo é um fator que merece ser melhor investigado, visto o papel que a mulher tem hoje na família e na sociedade. Pastore (2002) faz uma avaliação da mulher dos anos 2000, indicando que hoje 48% delas trabalham fora de casa, o que reflete na geração de novos problemas para a mulher, como a extensa jornada de trabalho. A maioria dos homens não cozinha, não lava roupa, não limpa a casa, entre outros afazeres ditos domésticos. Isso é feito por suas companheiras, o que gera no total cerca de 75 horas semanais de jornada de trabalho. Este fato também é descrito por Bucher (2002) que observa que, na idade adulta, a mulher se depara com a dupla jornada de trabalho, dada pelo trabalho externo, que é aquele que traz recursos econômicos, e pelo trabalho doméstico, nem sempre compartilhado por outros membros da família.

Portanto, as mulheres trabalhadoras vivem em um ambiente cultural contraditório. “No Brasil, ainda predomina a noção de que o trabalho fora de casa conspira contra a vida familiar. Se a mulher se dá no trabalho, não pode se dar no lar” (PASTORE, 2002, p.10).

E os cuidados com a saúde, têm eles lugar nesse contexto? O diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil é formado por um quadro de características complexas, no qual problemas emergentes, como a AIDS, a violência doméstica, se juntam ao câncer de colo de útero e à morbimortalidade associada a complicações do período gravídico-puerperal, ficando evidente a necessidade de novas estratégias que busquem a equidade em saúde (LEÃO; MARINHO, 2002).

No nosso estudo observamos uma falta de consciência das próprias mulheres desta sobrecarga laboral, visto que as falas dos sujeitos podem ser

interpretadas como um julgamento, considerando-se que as mulheres não realizam os exames por relaxo ou preguiça, desconsiderando-se assim seu contexto.

A falta de tempo também surgiu como uma causa, dado encontrado também por Rodrigues et al. (2001), em um estudo realizado com 14 mulheres a respeito da percepção destas sobre o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. As autoras observaram a protelação do exame entre algumas mulheres entrevistadas, justificado pela pequena disponibilidade de tempo, uma vez que, para comparecerem à consulta, elas têm que se ausentar ou faltar a um dia de trabalho, fator que pode acarretar dificuldades financeiras.

É importante considerarmos que algumas empresas, mesmo aceitando o atestado médico da consulta, realizam punições pela falta, retirando, por exemplo, o direito à cesta básica no final do mês.

5.3.5.2 O medo e a vergonha

O medo do resultado do exame e a vergonha da exposição do corpo durante o exame preventivo (ruptura da barreira da intimidade, desaprovação do marido) foram considerados, com destaque, como dificultadores do comparecimento das mulheres aos serviços para realizar os exames de prevenção.

É o medo, vergonha, um pouco de relaxo, acha que não precisa, tá bom.[...]. ...medo de sentir dor, e vergonha da pessoa que vai fazer...uma posição estranha. [...]. O medo...dói, não vou falar para você que não dói, porque dói...eu não sabia disso, mas quando você não sabe é pior ainda [risos]. Hoje eu já vou mais ciente que vai ser uma fisgadinha...vai ser um peso ali no colo...o aparelho...um pesinho...um friozinho...que é bem gelado e na hora que cole dá uma fisgadinha na gente. Mas antes eu achava que fosse uma coisa muito pior. Eu tinha na época acho que 18 anos. Para mim aquilo era o fim do mundo...fazer aquilo...ficar lá naquela posição...uma pessoa que agente não conhece. Eu quando eu comecei

fazer, o meu maior receio era na hora de apalpar o seio, por que aí eu já não achava necessário, como o exame do preventivo, né...que tinha que colher um líquido...era necessário aquilo. Eu acho que da mama a gente mesmo de vez em quando pode fazer. Eu me travava mais acho que era por causa do seio. [...]a gente tem que começar, e o começo é difícil, a gente é mulher...sabe que tem que passar por isso, mas enquanto a gente poder evitar a gente tenta evitar, né. Minha mãe diz que mulher depois que conheceu o homem tem que perder totalmente a vergonha... por que daí os médicos viram do avesso, todo mundo faz o que quer, né. E ela tá certa...a gente tem que perder a vergonha mesmo, por que se a gente tiver a vergonha a gente não faz nada...tem que chegar ao extremo mesmo...[...]. (S2, 29 anos)

Na fala de S2 está expresso o sentimento de medo do desconhecido, além da vergonha da exposição do seu corpo a uma pessoa estranha. É interessante notar a sua explicação a respeito de como acontece o exame que agora já é conhecido e, portanto, não gera o medo. No final de sua fala ela descreve a necessidade da ruptura da barreira da intimidade pela condição de ser mulher.

Esse aspecto é compartilhado em outros estudos, como o de Rodrigues et al. (2001), que relataram que os sentimentos constrangedores, citados pelas mulheres no momento do exame ginecológico, se relacionam ao medo da descoberta de uma patologia grave, ou sem cura, e à inibição proveniente da exposição de partes do corpo correlacionadas com a feminilidade e intimidade da mulher.

Um outro aspecto que devemos incorporar, em relação ao medo e à vergonha, é o papel da violência à mulher, cujas repercussões para a saúde vêm sendo recentemente estudadas. Pinho e França Júnior (2003) alertam que, se o exame ginecológico for feito sem a devida explicação do procedimento e do seu sentido, e ainda de forma fria e descuidada, isso pode potencializar o sentimento de medo e rejeição ao exame. Destacam, ainda, a relação da experiência de ter

passado por uma situação de violência sexual no passado com a diminuição da frequência de realização do exame de Papanicolaou.

Pinho e França Júnior (2003, p.103) relatam ainda os aspectos do desconforto físico e psicológico gerado nas consultas de prevenção do câncer do colo do útero. Eles argumentam:

Este desconforto físico e psicológico reflete as relações historicamente estabelecidas entre as usuárias e os profissionais de saúde durante as ações de intervenção técnica, baseadas na visão tradicional de assistência das mulheres, traduzidas em ações medicalizadas e apartadas de uma visão integral da mulher, cujas necessidades vão além dos aspectos físicos do corpo feminino, fazendo-se presentes no corpo social destas mulheres.

A fala de S6 pode ser interpretada como um alerta para as mulheres que valorizam a perfeição do seu corpo, chamando-lhes a atenção para o que mais importa, a prevenção, os cuidados com a saúde mais que a preocupação com a beleza do corpo.

[...] tirar a roupa da gente, estar ali... tem muitas senhoras que têm quatro, cinco anos que elas não fazem, então elas falam..."Ah, não, eu já sou velha, tudo despelancada...isso e aquilo...."..."é a conversa delas ..."Ah, eu não vou não...depois aqueles médicos novinho fica olhando, vê toda aquela carcaça velha, murcha"... isso, aquilo aí eu falo: "é o mesmo que a senhora tá mexendo com a pia...com as panelas do fogão, que diferença faz se a senhora põe uma nova ou uma velha no fogo. Assim é a mesma coisa do médico ...entra uma nova ou uma velha ali...o objetivo ali é a prevenção. Eles tão colhendo líquido que é pra ver se a senhora tem problema ou não." (S6, 36 anos)

Nessa situação, S6 utiliza-se de uma metáfora, comparando a mulher com uma panela, em que ninguém fica reparando na hora de cozinhar, assim como o médico, que não vai reparar na estética corporal das mulheres na hora da consulta, porque ele já estaria acostumado a isto e o seu objetivo não é este.

Lopes et al. (1999) relatam que o tabu e a vergonha referentes ao exame ginecológico se expressam através de desconhecimento, estranheza e

insatisfação em relação ao próprio corpo, em razão de algumas mulheres não gostarem de sua imagem corporal e por isso aterrorizam suas vidas em busca do corpo perfeito.

Além da vergonha da exposição do corpo, o medo do resultado é explicitado na fala de S7, que ainda reforça a condição de juízo divino pelo descuido da saúde. Na fala de S5 percebemos a vergonha e o medo do resultado como fatores desmotivadores.

Conheço muita gente que não vem, que tem vergonha de se mostrar, sabe...de deixar as pessoas ver o corpo, sei lá...e medo da resposta... de descobrir que tem alguma coisa, que tem uma doença contagiosa e não saber como vai enfrentar [...] eu não penso assim... eu tenho uma irmã que é assim, sabe...ela diz prefere não descobrir, que se ela descobri ela morre na hora... eu já não penso assim, eu acho que Deus fala: “Você faz a sua parte que eu faço a minha.”, então eu acho que tem que ser assim. [...]. Quando eu venho eu fico super nervosa, né...o medo da resposta é tanto que chega a me dar tremedeira, né, mas depois que eu vejo a resposta eu fico muito contente de saber que não aconteceu nada, que tá tudo bem, aí eu quero vir de novo. (S7, 42 anos)

É, eu acho que é falta de pensar bem, né. Por que tem que fazer. Muitas falam que não vem fazer por que tem vergonha, né. Não sei...na hora acho que dá um nervoso... acho que com medo de ter uma má resposta quando vem um exame... (S5, 60 anos)

Outro aspecto desmotivador, também revelado em outra fala de S7, foi a posição machista e dominadora do homem para com a mulher, impedindo que esta cuide de sua própria saúde.

Não é só a vergonha, né...às vezes é o marido que não concorda e quando vem ele quer saber o que o médico fez...só que eu penso assim sabe, mesmo que isso aconteça comigo e com o meu marido...só que eu tô me cuidando, sabe, acho que isso é importante para mim, não interessa o que ele tá pensando, por que ele mesmo nunca fez um exame e nunca vai fazer e eu não concordo com isso...aquele da próstata...os homens são muito fechados...meu marido é assim, sabe, esse negócio de médico, ele só vem se tiver morrendo e tem muitos homens que são assim, fechado mesmo. (S7, 42 anos)

Em sua fala, S7 relata, ainda, a dificuldade dos homens em realizarem exames de prevenção, como o do câncer de próstata. Vários aspectos da cultura de gênero masculina podem ser considerados como contribuintes para os problemas de saúde dos homens ou para o aumento de risco de desenvolvê-los. Isso pode ser explicado pelo fato de ser esperado destes que, diante do sofrimento, eles tenham uma postura desprovida de emoções, sejam impassíveis, não se queixem e, assim, resistam mais em consultar um médico ou outro profissional de saúde (especialmente se estes também forem homens), ignorando muitas vezes os sinais de uma doença grave, ou ignorando-a o próprio profissional de saúde ao subestimar a gravidade de uma doença (HELMAN, 2003).

Na fala de S9, ela aponta o medo como fator desmotivador, mas faz um julgamento de valores, conforme podemos ver: *Tem o medo, mas eu acho que é relaxo.*

5.3.5.3 As restrições do sistema de saúde

Os problemas advindos da forma que como sistema de saúde pública está organizado foram apontados como desmotivadores; entre estes destacaram-se: as falhas do serviço de saúde; o tipo de atendimento de saúde; a dificuldade de realização de exames e o despreparo do profissional de saúde.

[...] ...mas a minha mãe não vem não, já faz tempo que ela não faz e o último que fez consumiram, ela não viu o resultado...consumiram com o exame dela. (S2, 29 anos)

Um exemplo de falha foi descrito por S2, que relata a dificuldade de convencer sua mãe a realizar o exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, e

quando ela o fez, o resultado não foi encontrado. Pinho e França Júnior (2003) discutem esse problema, considerando-o como uma falha que pode gerar crenças em relação à credibilidade e interferir negativamente no grau de adesão das mulheres ao exame de prevenção do câncer do colo do útero.

Outra falha descrita por S2 e S7 é a falta de realização de alguns exames básicos, como o exame clínico das mamas.

[...] agora eu sinto falta, eu acho que deveria fazer sim, por que mesmo a gente fazendo pode passar alguma coisa despercebida, né... e tem o dia certo, tem a posição certa para a gente fazer. Me parece que é quando a gente está menstruada, alguns dias antes ou alguns dias depois...tem a posição certa da mão na nuca, tem a maneira correta da gente passar a mão, coisas que a gente pode fazer errado em casa e a enfermeira tá apta pra isso. Eu acho errado eles terem parado de fazer...não deveriam ter parado não...já tem uns três preventivos que não tem mais isso...nem a blusa é tirada mais. A gente não fica mais nua pra fazer o preventivo que é o que pedia antes...o médico antes falava: “tira a roupa”, agora: “arranca só a parte de baixo”...não tem mais isso...e com o médico também, não é só a enfermeira não, o médico também tá fazendo isso. (S2, 29 anos)

...antes eles usavam fazer o exame dos seios, né...que hoje já não fazem mais...não sei por que, mas não fazem mais. Já tem uns quatro exames que ninguém toca no meu seio. (S2, 29 anos)

...eu fiz o preventivo e ela perguntou para mim se eu fazia o exame da mama e ela não fez...é difícil o que faz...eu acho assim que eles falam que a gente apalpando pode descobrir um carocinho e vim falar para eles, mas eu acho importante eles fazerem, por que você às vezes não faz direito, né...acho que é importante, eu acho que muitas que não gostariam que examinassem o seio, mas tem muitas, que apesar da vergonha, gostariam que examinasse por completo, por que as pessoas que vão fazer o exame entendem mais do que a gente, então eu acho que seria importante eles fazerem na gente. (S7, 42 anos)

Eu não pedi para examinar por que ela me perguntou se eu fazia sempre, e ela me fazendo essa pergunta, eu achei que ela achava que não precisava...mas eu não sei direito por que eu tenho que fazer antes da menstruação...eu sempre to fazendo, mas eu não sei se eu faço certo. (S7, 42 anos)

A falta de realização de alguns exames clínicos básicos é uma falha que pode ser atribuída ao despreparo do profissional que atende à mulher, ou

mesmo à negligência profissional, já que este exame é considerado como uma das formas de detecção do câncer de mama (BRASIL, 2004d).

Gonçalves e Dias (1999) destacam, em um estudo sobre a prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda, que a presença do médico como estimulador desta prática não apareceu, concluindo, então, que a falta de informação, o não-incentivo dos profissionais e a percepção negativa da doença, contribuem para o surgimento e permanência de crenças comportamentais e normativas que dificultam a realização do auto-exame das mamas.

Outras crença encontradas pelos autores citados foi a incapacidade de fazer o auto-exame, crença também referida nas falas de S2 e S7. Este sentimento de incapacidade torna-se desmotivador da prática deste cuidado.

A dificuldade de realizar exames complementares também foi descrito por S1.

tem vez assim que eu sinto assim umas fincadas dentro da cabeça... aí já me vem essa bobeira na cabeça...um dia eu estava com tanta dor de cabeça...aí eu falei pra mim mãe... "eu acho que eu devo tá com algum tumor dentro da cabeça, algum câncer"...e eu sei lá ...eu acho que qualquer pessoa pode ter...eu rezei...rezei, rezei, rezei...por que eu sou muito apegada a Deus... qualquer coisinha que me acontece eu já começo a rezar. Eu procurei o médico e falei pra ele "Será que não pode ser algum tumor?" ele... "Não! Você não sabe nem o que é isso...não tem nada a ver isso daí."... Aí eu queria até uma tomografia, daí ele falou que não precisava por que eu não tinha nada. Passou a dor...ele falou que era coisa da minha cabeça...mas de vez em quando dá aquela dor de cabeça que começa a latejar assim ...dá umas fincadas ...a gente pensa... Só que hoje em dia se você quer fazer...igual essa tomografia...você pede pra fazer...o médico acha que não tem necessidade...nesses achar deles que não tem necessidade às vezes a pessoa pode estar mesmo com o que a pessoa acha...e como não fez o exame pra saber, às vezes morre por causa de um câncer...eu acho isso... eu já pedi tomografia minha, da cabeça de uma menina que eu tenho de seis anos, e ele: "Não, iche! Não tem nada...isso aqui você não precisa fazer não...isso aqui é só em caso urgente"...não sei que...Tudo tem que ter o pedido do SUS, se não é um absurdo de caro... (S1, 24 anos)

...tudo que eu vejo de casos em mim ou nas minhas crianças...eu levo. Já teve uma doutora aqui que brigou comigo. Disse que eu estava pondo

doença nos meus filhos...falei pra ela: mas eu quero...é meu direito...eu quero um exame...eu quero fazer. Ela brigou...não me deu o exame, eu procurei outro médico...o outro médico me deu. (S2, 29 anos)

Nessa situação, S1 relata a dificuldade de realizar exames de prevenção pelo SUS e faz uma crítica aos profissionais de saúde que subestimam as queixas dos pacientes, advertindo-os que depois pode ser tarde demais. Ela faz, ainda, faz observação dizendo que para tudo tem que haver o pedido do SUS; sem ele o custo é muito elevado. S2 também relata a dificuldade para realizar exames.

Estas falas nos fazem apreender que as dificuldades encontradas por essas mulheres geram uma descrença no modelo médico preconizado, evidenciando suas falhas e sua vulnerabilidade.

5.3.5.4 O custo financeiro

O custo financeiro da prevenção também foi encontrado nas falas dos sujeitos.

Não, é muito difícil seguir este tipo de dieta. Nem quem tá com a doença consegue seguir. Primeiro por que não são coisas muito barato, é um cardápio bem carinho se você for seguir ele, não é por ser verdura, fruta, que é uma coisa em conta. E a maioria das vezes a pessoa enjoa, ou não quer saber daquilo, quer comer outro tipo de coisa...não segue não. Acho que alguém que siga corretamente é muito difícil. (S2, 29 anos)

...tem que ter muito dinheiro pra pessoa fazer aquele tratamento adequado: “não vou comer carne”...mas tem que substituir...eu sei...ficar comendo carne todos os dias eu evito...a carne de peixe a gente come, mas é muito cara...a sardinha é barata, mas tem um cheiro muito forte. O peixe é muito bom, mas aqui eu acho o peixe muito caro pra comprar e ele não rende... (S3, 52 anos)

Tanto na fala de S1 no item anterior, referente ao custo elevado dos exames, se estes não forem referenciados pelo SUS, como nas falas de S2 e S3, as quais relatam a dificuldade de manter uma alimentação considerada ideal, visto o

custo elevado dos alimentos, percebemos uma realidade posta como uma dificuldade social e econômica aos comportamentos de prevenção. Esta é uma barreira real que necessita de ações sociais amplas para ser superada.

5.3.5.5 A descrença na possibilidade de ter câncer

O ditado popular - *isso não acontece comigo, só com os outros* - é considerado pelos sujeitos (S3, S6 e S8) como um fator desmotivador da prática de prevenção. S6 atribui esta crença também às pessoas com mais experiência de vida, os idosos.

...tem o ditado que a gente pensa que é só com os outros e com a gente não. Quando a gente tá se sentindo bem, né, não precisa ir no médico...a gente pensa: eu não to sentindo nada, então pra que ir no médico. Então, é por isso que acontece. Daí a pessoa vai deixando, deixando, quando vê, vai passando o tempo, e quando viu, né, de repente daí começa a ter um probleminha, quando vê já é um problemão [risos]. (S3, 52 anos)

É uma coisa que eu acho até engraçada, pra mim se a pessoa tem Deus no coração, ela olha pra ela... ela vê, ela sente, ela sente necessidade de se cuidar pra estar sempre bem todos os dias. Tem pessoas que não ligam...não levantam cedo, não escovam os dentes, não penteiam os cabelos, sai fica conversando, não tá nem aí com a vida, com a casa, com nada. Eu imagino que se a gente gostar da gente em primeiro lugar, você esta bem com tudo, e tem gente que não concorda com isso...[falou da vizinha]. Eu me sinto muito bem comigo e eu luto para ser cada vez melhor. Tem pessoas que não ligam, né...não acreditam que vai acontecer com ela...acham que só acontecem com os outros, nunca com a gente. (S8, 48 anos)

tem vergonha, principalmente as mais idosas acham que é uma situação assim... "Ai, eu nunca precisei fazer, pra que precisa agora?"..."Eu já tive tantos filhos, dez filhos, nunca fiz, pra que eu vou mexer?"...e agora outras não fazem mesmo por que não querem mesmo, outras trabalham, uns tem vergonha outros tem idade e não aceitam, outros trabalham e diz que não tem tempo. Agora quem pensa bem e previne bem são essas pessoas que vem e faz mesmo. (S6, 36 anos)

Para estas mulheres, a descrença de que a pessoa pode ser acometida pelo câncer é um fator cultural comum na nossa sociedade, entretanto S3, S6 e S8 referem não acreditar nessa afirmação.

Segundo S6, principalmente as pessoas mais maduras, com mais experiência de vida, baseada em sua própria história não sentem a necessidade de realizar os exames preventivos do câncer.

5.3.6 O papel da família e dos amigos na prevenção

Nesta subunidade, os comportamentos de prevenção dos sujeitos em relação ao câncer têm um importante componente de motivação familiar, ou antes de desmotivação. Para entendermos esses comportamentos é preciso compreender qual é o papel da família nesse contexto.

Alonso (2003, p.64) afirma que:

Nos processos de negociação de saberes e cuidados é preciso compreender o senso de realidade das famílias, a sua visão de mundo, ou seja, as posições devem ser analisadas do ponto de vista ontológico.

Nas falas a seguir percebemos o significado do componente familiar nos comportamentos de prevenção. A família tem um papel, algumas vezes, de incentivadora dos comportamentos, outras, de indiferença e ainda de desestimulantes dos comportamentos esperados pelo modelo biomédico.

Ah, minha mãe não fala nada...também nunca fui de ficar comentando com as minhas amigas, mas quando a gente toca nesses assuntos, uns falam ah, eu não tenho coragem não de fazer, mas sei lá, eu sempre oriento elas que é bom vir fazer, a gente saber o que a gente tem, o que pode prevenir na gente, as doenças. (S1, 24 anos)

Na fala de S1, há referência ao exame de Papanicolaou, o qual parece não ser estimulado pela sua família, notando-se nesta, pela fala de S1, uma atitude de indiferença. O diálogo sobre esta temática acontece com as amigas, ocasião em que S1 parece ter um papel de estimuladora dos comportamentos de prevenção.

Na fala de S2 e S3, a seguir, percebemos a ambigüidade de valores.

Ah, alguns apoiam, outros falam: eu não vou fazer de jeito nenhum... A minha mãe pega no meu pé, mas também não faz. Minha mãe é uma. Pra fazer eu tenho que tá obrigando. Aconselha sempre a tá fazendo, mas não faz. A minha irmã vem fazer também quando eu fico lembrando, lembrando, lembrando. (S2, 29 anos)

Minha família acha que é bom, meu marido principalmente, ...a pesar que minha mãe nunca fez este exame, minha mãe agora é falecida, mas ela falava que era besteira [risos]. Ela falava que isso aí quando tem que dar dá, não adianta a gente tá prevenindo, né...as vezes colhe da gente e pode ser de outro, e vai dizer que a gente tá com câncer. As minhas colegas...a gente comenta que isso é muito bom... a gente comenta que é muito importante, que é muito bom, que a gente não deve deixar. Então a gente dá incentivo um para outra. (S3, 52 anos)

quando você não tem amor...[...] o carinho...a compreensão...o afeto...saber que tem alguém interessado por você. Que você é amada por alguém...é assim que surge a família, né... [...] ...não ter aquele carinho da esposa, filhos e tudo...então eu acho que levou mais pro fundo do poço...que leva a pessoa ao desespero, começa daí a fazer todas as coisas ao contrário. (S3, 52 anos)

Nessas falas, a mãe acha que a filha deve realizar os exames, mas ela própria não os faz. S3 relata que sua mãe acredita que o câncer já está determinado: *quando tem que dar dá, não adianta a gente tá prevenindo*, além de duvidar da organização dos serviços de saúde, afirmando que os resultados dos exames podem ser trocados. S3, em outra fala, relata a importância do apoio e carinho da família para facilitar a adesão aos comportamentos de prevenção.

A dificuldade da família e dos amigos em discutir as questões que envolvem o câncer e ainda a sexualidade é relatada na falas a seguir.

Minha mãe não fala nada...ela nunca se abriu comigo, sabe. Eu aprendi na escola, nas palestras. Quando eu menstruei eu também não sabia que aquilo lá era menstruação, eu achei que tinha machucado, por que minha mãe nunca se abriu, ela tinha vergonha...até hoje ela tem vergonha, quer dizer...hoje ela parece que já tá um pouco mais liberal, né, mas antes ela não me falava nada...como que é a primeira vez, a menstruação...não me falava nada. Eu procurei o posto para fazer o preventivo sem a minha mãe saber...eu não era casada, você sabe como que é, mas eu não sabia por que tinha que fazer. (S4, 23 anos)

Não comento isso com eles, agora é cada um para o seu lado. Eu explico para o meu marido que eu tenho que fazer para evitar doenças, que é importante. Ele não liga. Meu marido pergunta quem é que vai me examinar, né...aí eu falo que é médico, aí ele fala assim "Ah, mas você não fica assim com um jeito estranho dele examinar?"..."fico, né, mas fazer o que é a função dele, né"...eu falo pra ele. Então ele fica assim meio sem jeito também, né...tipo assim com ciúme... (S4, 23 anos)

Todos da minha família fazem exames de prevenção, usam protetor do sol, eles incentivam. Minhas amigas acharam horrível o meu tratamento [câncer de pele na face], mas depois elas falavam: "parabéns, você conseguiu, é assim mesmo, tem que ir." (S8, 48 anos)

Minha mãe é fechada nessa parte, ela não é de conversar sobre câncer...nem sobre qualquer outra coisa...pra começar ela não era bem instruída também, de um tempo pra cá que a gente fala muito sobre isso... (S8, 48 anos)

Na fala de S4, ela refere ter aprendido na escola e em palestras e não com sua família como se prevenir das doenças. Em outra fala ela demonstra que ainda hoje prefere não falar com sua mãe, comentando somente com o seu marido, que parece ter um comportamento de indiferença e ao mesmo tempo de rejeição aos exames devido aos ciúmes. Nas falas de S8 percebemos que existe a mesma dificuldade de diálogo com a mãe, mas que este diálogo existe com outros integrantes de sua família e com amigos.

As falas, a seguir, de S5, S7 e S9 demonstram o papel positivo do estímulo da família; já a fala de S6 traz um significado diferente, o sentimento de isolamento, afirma *vir em silêncio*, atitude que pode significar a dificuldade de apoio da família e dos amigos.

meu esposo é uma pessoa que toda vida ele nunca foi contra, ele sempre fala que tem que fazer o exame. Tem vez que nós estamos conversando, e ele fala assim: nossa tem tanta mulher que tem estas doenças e com tanto exames que tem pra fazer, né, com tratamento e tem pessoas que fica sofrendo por que não vai fazer o exame. (S5, 60 anos)

A família do meu marido, eles também são assim, eles se cuidam bastante, participam... a do meu lado não são daqui, são do Mato Grosso, sobre eles eu não posso falar. Minhas colegas também participam, elas vem fazer, elas acham que o certo é fazer mesmo, que a gente deve se cuidar. (S7, 42 anos)

Eles falam que tem que fazer mesmo. (S9, 31 anos)

Ah, geralmente quando eu venho, eu venho em silêncio, sabe eu venho mais quietinha....não costumo comentar não. (S6, 36 anos)

5.4 O IMPACTO DAS ATITUDES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NOS COMPORTAMENTOS DE PREVENÇÃO

Esta unidade está dividida em duas subunidades: o relacionamento interpessoal e as questões de gênero e o papel da família na prevenção do câncer. A importância desta discussão emergiu das falas das pacientes que relatavam situações positivas e negativas envolvendo os profissionais de saúde na prática dos comportamentos de prevenção.

5.4.1 O relacionamento interpessoal

Não é raro, nas consultas médicas ou mesmo nas consultas de enfermagem, ocorrerem situações de indiferença do profissional de saúde para com o cliente.

...eu gosto de médico que pergunta, não daquele que chega...olha na sua cara..."...tá certo...é isso". Eu gosto de médico que pergunta... (S1, 24 anos)

muitas pessoas têm aquele tabu que não gosta de médico... minhas colegas de trabalho... tem uma senhora que se falar que ela vai no ginecologista ela chora pra não fazer o exame ginecológico, sabe...que ela acha muito vergonhoso... é um tabu muito grande..tem médico mesmo muito secão, então eu não ligo, eu faço de conta...eu vou por mim mesmo...que eles vão fazer aquilo que é o trabalho deles, né...não importa às vezes o jeito que a gente é tratada, só que eles não conversam muito... (S3, 52 anos)

Nas falas de S1 e S3 temos um exemplo do significado da falta de diálogo do médico com as mulheres. S1 explicita que *gosta de médico que pergunta*, já S3 admite que existem *médicos secão*, mas que ela não liga, parecendo já estar acostumada a essa situação.

Na fala de S6, a seguir, percebemos outro exemplo da situação de falta de diálogo entre o profissional de saúde e a mulher.

ele foi mais assim...como se diz...não tem conversa, sabe...não teve conversa...ele já foi, já mandou deitar, mandou tirar a roupa, já foi pegando aquele aparelho, nem mandou a gente concentrar, a gente se soltar... até machucou um pouco... só falava isso: "relaxa...relaxa"...aí eu tinha que relaxar, por bem ou por mal. Se fosse por mal eu ia me machucar inteira, né... ...daí colheu tudo, não foi muito de conversa, assim, explicar, não, sabe...ele só deitou e mandou tirar a roupa...colheu, aí a pouco eu sentei ali, ele preencheu a folha e já mandou sair, nem a mama olhou... por isso que do ano que eu colhi com ele, passou um ano e dois meses, de medo de machucar de novo, né ...por que depois que você machuca uma vez, você vai pegando medo...trauma...por que você já vem com medo, você já vem desesperada, né... e se a pessoa ainda te trata daquele jeito, sabe...aí fiquei meio com trauma... quando o médico cuida bem, trata bem da gente, cuida assim...pede pra você ter calma, tudo, e conversa bastante com você, eu acho que é uma parte que você ali... não é que você perde a vergonha logo...você fica mais relaxado. Então acho que tudo isso ajuda a gente e fica mais fácil até de colher o líquido, né... (S6, 36 anos)

...ela olhou tudo...com jeitinho, com carinho, não foi estúpida não, aí ela colheu o líquido, tudo...ela falou assim..."Olha, tá tudo ok, seu útero está maravilhoso, tá ótimo, suas mamas também. No exame com certeza não vai dar nada." (S6, 36 anos)

S6 faz um relato de uma consulta em que houve diversos aspectos negativos que, na interpretação de sua fala, poderiam ter sido resolvidos com o diálogo. Na seqüência, S6 faz um outro relato, desta vez positivo, sobre outra consulta com uma enfermeira, enfatizando a atenção que lhe foi dada (podemos afirmar a categoria do profissional, pois ela usa o gênero feminino e não existiram médicas ginecologistas na UBS do Ana Rosa).

Nas falas de S7 e S8 percebemos que estas tiveram experiências positivas em suas consultas.

A gente tem vergonha de vir com esses médicos, né, mas eu acho que eles são amigos da gente e se eu não confiar neles eu vou confiar em quem...tem muitas coisas que eu não entendo e eles que me ajudam. (S7, 42 anos)

...me atenderam muito bem...pra mim não tem nada disso não...eu já fiz preventivo com um homem e com uma mulher, e do mesmo jeito que foi com ele foi com ela, teve o mesmo cuidado, não teve nada diferente...eles deixam a gente relaxada [risos]...eles percebem que a gente fica meio assim, depois eles começam a conversar, a brincar com a gente, aí acaba ficando tudo numa boa. (S8, 48 anos)

Lopes (1996) afirma que, muitas vezes, o profissional, advogando que o exame ginecológico é indolor, rápido e gratuito, o tem como obrigatório e não compreende que a ação de prevenir não envolve somente a sua vontade. Durante o atendimento ele exerce a assistência de modo autoritário, consciente de que cumpriu o seu papel ao fazer o exame e ao dar informações, imbuídas estas de crenças, preconceitos e pressupostos, ao mesmo tempo que desconsidera a mulher como presença.

A autora complementa, ainda, que a mulher não compreende este momento de uma forma positiva, implicando na dificuldade de considerar o exame como necessário. Não compreender também o que está por vir, e por isso ela teme

o desconhecido e se sujeita ao exame de prevenção passivamente sem se envolver, sem adesão existencial (LOPES, 1996).

Em relação ao exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, Merighi et al. alertam:

[...] os profissionais de saúde devem estar atentos em relação à percepção da mulher quanto ao exame e que fatores como o vínculo, a empatia e o envolvimento constituem-se em elementos importantes, senão essenciais, para captar a clientela e favorecer a aderência ao programa preventivo (MERIGHI et al., 1997, p. 306)

Temos, assim, o relacionamento interpessoal e o diálogo como armas para a adesão das mulheres aos comportamentos de prevenção.

[...] o diálogo é condição fundamental para trabalhar os tabus que negativam a prática do exame, pois existem fortes influências da educação familiar, religiosa e da cultura patriarcal que condenam a sexualidade feminina e reprimem a descoberta da genitália, fazendo com que as mulheres criem sentimentos negativos em relação ao seu corpo e a exposição do mesmo (LOPES et al., 1999, p.41).

5.4.2 As questões de gênero e o papel da enfermagem na prevenção do câncer

A idéia da inferioridade feminina não é uma crença exclusiva dos homens. Muitas mulheres sentem-se inferiorizadas, demonstrando medo de expor-se, mesmo que isso prejudique a sua saúde, como podemos perceber na fala de S1.

Ah, eu acho que na parte do exame do preventivo as mulheres têm vergonha dos médicos. Ah, eu conversei com uma mulher uma vez... ela nunca veio num ginecologista...nunca. Eu perguntei pra ela: "Mas por que você nunca foi?" ela falou "Ah, por que eu não, acha...nunca...chegar lá e abrir as pernas pro médico, um homem estranho, que você não conhece"...a maioria das mulheres tem vergonha... (S1, 24 anos)

Outro aspecto que encontramos foi a associação do exame médico com a violência à mulher.

[...] O médico tem a mão pesada...sei lá o jeito de ele olhar...parece que ele quer olhar outra coisa, né... Vergonha...é difícil a gente tá mostrando o corpo para qualquer pessoa. Já fiz com o médico e com a enfermeira. Com a enfermeira a gente sente menos vergonha...por que é mulher...por que é enfermeira...os dois. A primeira vez mesmo que eu fui, que ele examinou...[risos]...ele me sentou na mesa e eu sentei e fiquei de cabeça baixa...eu não conseguia olhar pra ele de jeito nenhum [risos], sabe...uma vergonha que nossa! Pra mim parecia que tinha acabado o mundo, por que nossa um homem desconhecido me examinando, né...fiquei morrendo de vergonha. A segunda vez foi uma enfermeira...aí eu já não fiquei com tanta vergonha igual eu tava do médico. Aí foi diferente, eu já fiquei mais calma, por que quando foi com o médico eu comecei a tremer, né...eu to assim até hoje...por que eu nunca fiz assim uma entrevista...e a terceira vez acho que foi com o médico...vergonha de novo, não mudou nada. (S4, 23 anos)

Eu já colhi com enfermeira. Então, a gente é claro que se sente mais relaxada com a enfermeira [risos]... a gente se sente melhor, por que é mulher... acho que a gente organiza tudo, né... quando a gente casou...conheceu só aquela pessoa..., então de repente você se vê nua em frente ao médico, né...é uma coisa assim chata, né. Vergonha do que?...a gente vem daquela simplicidade que antigamente tinha. [...]. A vergonha é do corpo mesmo, por que antigamente quando se falava pênis, vagina, essas coisas...era feio, né...tudo era feio...colocaram pra gente, então é aquele tabu que você tem [...] pra mim, tanto faria...se fosse médica ou médico, só falo assim, que a pessoa mulher a gente se sente melhor por causa disso, né. Mesmo que você não se troca ali junto com o médico, nem nada...mas você vai subir lá... põe o pano lá em cima da gente e tudo, mas quando tá a gente sozinha com o médico é chato... muitas vezes o médico fica sozinho...então é isso. (S3, 52 anos)

Em sua fala, S4 parece sentir-se agredida pelo médico, demonstrando dificuldade em aceitar o exame, dificuldade que é, porém, minimizada pela presença da enfermeira. A melhor aceitação do exame realizado por um profissional do sexo feminino aparece também na fala de S3. A associação do exame preventivo do câncer ginecológico com a agressão por parte do gênero masculino é um aspecto também relatado por Pinho e França Júnior (2003), ao afirmarem que mulheres que sofreram violência sexual tendem a não realizar o exame de Papanicolaou.

As falas a seguir demonstram a preferência da realização do exame pela enfermeira, relacionado a questões de disponibilidade, status, gênero e idade.

Eu sempre colhi com o médico... agora esse próximo meu que eu vou colher com a enfermeira, por causa do meu horário, né...as enfermeiras atendem as cinco horas, né. (S1, 24 anos)

Ah, acho que com a enfermeira é melhor, por que você já conversa mais, a gente já tem mais aquela liberdade de conversar, de perguntar,...agora com os médicos parece que é difícil... (S5, 60 anos)

elas preferem mais com as enfermeiras. O ponto delas é esse. Quando fala..."Você vai marcar?"..."É médico ou não?" ... "É"... "Ah, então acho que eu vou em outro posto."...então acho que o ponto mais fraco delas é que elas querem a enfermeira, que é mulher igual a elas [...] elas preferem as enfermeiras mulheres [...] tinha o dia do médico e o dia da enfermeira...elas escolhem tudo o dia das enfermeiras. Então é questão de não querer fazer com estes médicos por que são muito moleque....são rapazes de vinte cinco, vinte e seis, trinta anos...é tudo rapazinho novo, onde que elas ficam insegura, com vergonha...sei lá...então onde que a gente nota que se elas tão deixando de vir mesmo, é por que elas têm vergonha....só vem no médico aquelas que vê mesmo que realmente precisa, né.. (S6, 36 anos)

...é vergonha dos médicos novos, né... e agora ainda parece que as enfermeiras, parecem que não vão mais colher, vai ser médico mesmo. Agora que tá ficando mais esquisito, né. (S6, 36 anos)

Atualmente, em sua prática profissional, os enfermeiros das UBSs, vêm assumindo o papel da realização dos exames de detecção do câncer de mamas e do colo do útero, guiados pelo protocolo instituído pelo Ministério da Saúde do nosso país. Esta atuação tem promovido uma maior cobertura da população, fato que pode ser explicado pelo fato da enfermagem ter mais flexibilidade nos horários de atendimento à demanda, conforme a fala de S1, pela própria proximidade com o cliente, conforme explicita S5, e pela condição do ser mulher, como na fala de S6. Em outra fala, S6 demonstra preocupação pelo fato das enfermeiras não realizarem mais o exame de prevenção, o qual acredita que dificultaria a aceitação do exame pelas mulheres.

Contrariando as falas anteriores, nas falas a seguir os sujeitos relatam preferir a figura do médico para a realização do exame, relacionando a preferência a fatores de competência, postura e gênero.

...eu prefiro o médico que a enfermeira [...] parece que ele não fica olhando, agora as enfermeiras...ai, sei lá... não sei se é minha imaginação... as enfermeira parece que fica olhando você estranha assim...se vê alguma coisinha em você já fica te olhando estranho...eu acho assim...Se ela vê algum tipo de coisa diferente, por exemplo, uma verruga, alguma coisa estranha lá...ela já vai ficar olhando diferente, não vai? E ela que tá todo dia no posto, você vem tomar injeção...ela vai sempre te olhar diferente...sempre. O médico não, por que você quase não vai ver o médico...você vai ver só quando você vem...e não é sempre, né. Eu acho que é assim. E uma vez me falaram, também não sei se é verdade, que as enfermeiras, uma comenta com a outra e o médico lá acho que não...que ele não vai prestar-se a esse negócio de ficar comentando, agora não sei se isso... [...]. (S1, 24 anos)

Eu prefiro fazer com o médico... eu não gosto de fazer com a enfermeira, não. Por que eu acho que o médico está mais especializado no que ele está fazendo...ele tá mais ciente. Tipo se a enfermeira vê uma ferida em mim, ela vai ter que avisar o médico que eu estou com uma ferida, se o médico vê uma ferida em mim, ele já me medica, ele já faz uma cauterização, ou alguma coisa dessa. Eu soube que eles não estão querendo mais fazer...que isto é coisa de enfermeira [risos], não é coisa deles. Este último eu fui obrigada a fazer com a enfermeira, por que o médico disse que não ia fazer mais, aí eu tive que fazer. Aqui o posto alegou que não tinha como o médico fazer...era com a enfermeira ou era com a enfermeira, então não teve escolha, né [...] e também por que daí fica 2 pessoas na sala, né. A enfermeira faz sozinha e o médico tem sempre uma acompanhante. Eu acho que tem menos risco, descontraí mais, você fica ouvindo a conversa dos dois...se distrai mais [risos]...eu prefiro fazer com o médico...não vou esconder que eu prefiro. (S2, 29 anos)

Eu nunca tinha feito preventivo com mulher, eu tenho mais vergonha com mulher, mais vergonha ainda...aí eu fiz a última vez com a uma mulher que tem aqui, mas eu não gostei não, doeu muito...acho que é enfermeira, daí eu cheguei na moça ali e falei pra ela que dá próxima vez eu não quero com mulher não, eu prefiro com homem, dói menos...ai doeu demais! nossa! Doeu até não querer mais..."relaxa, relaxa", mas que! Eu tô ali com vergonha...Deus me livre! (S9, 31 anos)

S1 justifica sua escolha relatando que a enfermeira teria comportamentos reprováveis, como ficar reparando nos problemas das pacientes e fazendo comentários com outras pessoas da equipe. Ademais ela é um profissional

que sempre está na unidade de saúde, podendo a paciente sentir-se constrangida ao encontrar-se com ela, fatos não associados à figura do médico.

S2 justifica sua preferência afirmando que o médico está mais capacitado para essa ação, além de ter mais autonomia na resolução dos problemas. Ela afirma que os médicos acham que *isso é coisa de enfermeira*, e relata não ter conseguido realizar o seu último exame com o médico. Outro aspecto apontado por S2 é o número de pessoas que ficam na sala da consulta: quando o examinador é o médico, são duas, quando é a enfermeira ela fica sozinha, fato que considera como desvantagem. S9, em sua fala, diz preferir, também, que um profissional do sexo masculino realize o seu exame e relata uma experiência negativa com a realização do exame por uma profissional do sexo feminino.

Nas falas a seguir, S3, S5 e S6 acreditam ser indiferente o tipo de profissional que realiza o exame.

Eu nunca senti diferença nenhuma entre colher com a enfermeira ou com o médico...foi igual... pra mim tanto faz...não importa o que vier... (S3, 52 anos)

Fazer com o médico ou com a enfermeira...eu não acho diferença nenhuma, agora têm muitos que com o médico...acho...tem vergonha. (S5, 60 anos)

[...] acho que não tem nada ver, por que eu, quando dá um ano se tem alguém na reta aí eu faço...não to nem aí. Já fiz com as enfermeiras, já fiz com os médicos. Eu faço todo ano. (S6, 36 anos)

No setor profissional da saúde, embora a maioria dos profissionais sejam do sexo feminino, representado pelos profissionais de enfermagem, a medicina, até meados dos anos 70s era uma classe predominantemente masculina (HELMAN, 2003).

Para Pitanguy (2002) a medicina, institui um saber sobre o corpo da mulher amparado na sua imperfeição em relação ao corpo do homem. Ela relata que

este comportamento foi produzido em um contexto histórico europeu de profundo domínio do homem sobre a mulher, quando no século XVI, acreditava-se que o corpo feminino era imperfeito, pois este não tinha seus órgãos sexuais para fora. Além dessa crença, a autora relata que Santo Agostinho, teólogo proeminente da época, justificava a menos-valia da mulher afirmando que sua alma demorava quarenta dias a mais que a do homem para ficar pronta. Assim, provavelmente, os discursos apresentados sustentariam, ainda, por séculos, a idéia da inferioridade feminina.

Atualmente, a enfermagem tem um papel de destaque nas equipes de saúde. Segundo Helman (2003), nas diferentes partes do mundo há uma grande variação no número de enfermeiros disponíveis à população. No Brasil, como no Reino Unido, a enfermagem representa o maior grupo de profissionais de saúde e é uma profissão feminina.

A partir do século XIX, a enfermagem evoluiu como profissão, embora inicialmente subordinada à classe médica; atualmente a enfermagem é relativamente mais independente. Tem profissionais com qualificações especiais, especializados em diversas áreas e pós-graduados.

Portanto, considerando-se a enfermagem como o maior parte da equipe de saúde e a que mais tempo se dedica ao paciente (HELMAN, 2003), qual será o seu papel dentro do contexto da prevenção do câncer? Entendemos que os comportamentos de prevenção dos indivíduos em muito dependem da atuação destes profissionais. É preciso que a enfermagem volte a sua atenção para o outro holística e compreensivamente, sensível às necessidades de cada um (LOPES, 1996).

Acreditamos no cuidado de enfermagem individualizado e holístico, como analisa Lopes (1996), que o concebe baseado menos em rituais e em rotinas e mais voltados para estratégias flexíveis e centradas nos sujeitos.

Para Pelloso (1991, p.96):

[...] o enfermeiro é um profissional que está em posição favorável para fornecer as orientações sobre a saúde do indivíduo e sua família, tanto nos setores de saúde, como no lar, com suas visitas domiciliares, nas escolas e no trabalho.

No campo específico da oncologia, a enfermagem tem demonstrado sua atuação em diversos níveis, na promoção e prevenção do câncer, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos.

5.5 O QUE REALMENTE PREVINE O CÂNCER

Elaboramos esta unidade de significação com o objetivo de destacar o que realmente os sujeitos acreditavam que podiam fazer para prevenir o câncer; assim, solicitamos que ao final da entrevista as mulheres mencionassem as ações mais importantes para a prevenção do câncer.

Como principais formas de prevenção encontramos as ações de prevenção primária, ou promoção à saúde, representadas nas falas pela alimentação saudável (S1, S2 e S8), com destaque na introdução da soja (S1) e exclusão da carne na alimentação (S2). Na fala de S8 incluem-se as ações de combate ao tabagismo e os benefícios da prática de atividades físicas.

Sempre manter uma boa alimentação...o estado físico...a alimentação da gente nunca é adequada, né. A gente come muita porcaria. Ah, eu acho que é aquela alimentação que tem coisas sempre naturais, legumes, vegetais...é...fibras, produtos saudáveis, principalmente de soja, né...que agora tão pedindo muito pra comer o soja que diz que o soja combate o

câncer, também, né...não sei se é verdade...mas eu não gosto de soja não, nada que vai soja. (S1, 24 anos)

A boa alimentação... A pessoa que quando tem o câncer e deixar de comer carne ela tem mais anos de vida, por que isso é também experiência própria, meu cunhado que teve câncer, ele estava bem, mas depois começou a esbanjar, comer carne de porco e tudo, apesar que não era no colo do útero, mas era um câncer, e a mesma coisa que eu tivesse no colo, tanto faz é um câncer. O alimento é a mesma coisa, não importa o lugar que você tenha no corpo...alimentação a mesma coisa. E o apoio da família, daí que a gente vai depender, mas para evitar geralmente é a alimentação o principal. (S3, 52 anos)

Não fumar, alimentação adequada, né...por que eu acho que isso aí também não é só no câncer, é em tudo, né...por que se a gente tá com o organismo da gente resistente, se a alimentação você tá bem com ela, você resiste a qualquer outro tipo de doença...a pessoa não pode, né...sei lá...ter condições de caminhada, né...tem tanto ordem médica hoje, né... de caminhar bastante...não sei explicar direito, sei que bem ele faz, por que quando a gente jogava, tudo, a gente tinha outra disposição. O câncer de mama eu ouvi falar que quem amamenta não tem... (S8, 48 anos)

As outras falas se referiram exclusivamente a ações de prevenção secundária, ou detecção precoce, enfatizando a importância da realização dos exames de detecção, tanto laboratoriais, quanto de imagem e clínicos. S2 e S5 relatam que o mais importante é fazer os exames, S2 chega a afirmar que a *prevenção é só o exame mesmo*. Elas ainda acreditam que não se pode demorar para procurar ajuda.

Acho que prevenção mesmo é só o exame mesmo... acho que não tem outro que previna não. Depende do câncer. O câncer do útero... o preventivo, o câncer do olho...um exame oftálmico, exames de sangue, que são exames difíceis da gente fazer...só com pedido muito extremo...é...médico especialista...quando a gente tem alguma dúvida a gente tem que procurar...o carocinho que aparece a gente tem que tentar fazer um ultra-som, um exame de sangue mais aprofundado...acho que para cada região um exame diferente, mas a pessoa não pode ver alguma coisa diferente e deixar quieta...tem que ir atrás. (S2, 29 anos)

O conselho que eu dou é como eu já falei no começo da entrevista, tem que fazer o exame. A pessoa não pode tá sentindo uma dor e ficar acomodada, achar que aquilo ali é assim mesmo, então não pode ficar. Tem que vir fazer exame. Que fazendo exame descobre tudo, também exame é uma coisa que já faz um tratamento, né, pode até evitar de ter o câncer, né. (S5, 60 anos)

S4, S7 e S9 relatam a importância de procurar o médico e S4 faz uma ressalva sobre a importância da fé, parecendo duvidar da eficácia da prevenção, e S9, apesar de aconselhar a procura do médico, finaliza sua fala dizendo: *prevenção é sorte*, o que nos leva a apreender que ela realmente não acredita nestas ações.

Acho que as pessoas devem procurar um médico, né... e ter muita fé em Deus, por que só Deus vai ajudar nessas horas, né. (S4, 23 anos)

O que mais ajuda a prevenir o câncer é se cuidar, é ir mais no médico, sabe...não ter tanta vergonha de se abrir, de falar...por que os médicos tão aí e eles são nossos amigos, né...eles tão aí é pra isso, né...pra nos orientar, por que as vezes a gente acha que sabe tudo, e a gente não sabe tudo, a gente tanta coisa com eles. (S7, 42 anos)

A prevenção...sabe se sai uma mancha no meu braço e eu to na dúvida, se eu notei alguma coisa estranha, é melhor procurar o médico o quanto antes, né. E a alimentação...prevenção é sorte... (S9, 31 anos)

Faz-se muita referência ao valor do espiritual, do divino. Geertz (1989) relatou a importância cultural da religião nas atitudes para promoção da saúde e prevenção de doenças.

Já nas falas de S6, S8 e S9 percebemos a descrença nas ações de prevenção, fato inusitado em nosso estudo. S6 demonstra acreditar parcialmente no exame de prevenção do câncer de mama e do colo do útero, mas afirma que *não é 100%*. Que se possa fazer a detecção de outros cânceres ela não acredita e explica sua crença baseada em dois casos que experienciou, descritos a seguir.

Ah, então...eu sei lá...por que se eu soubesse realmente da onde que viria este câncer...que eu não sei da onde vem, é uma coisa que eu não sei explicar, mas a gente previne assim...a gente fala pra ela tomar cuidado sobre essas doenças que é sexualmente transmissível, né...essas trocas de companheiro, que tem muitos que não é casado que vivem aí na gandaia aí. Então, tudo isso a gente fala cuidado com as doenças que pode vim dar câncer de útero, pode vim dar...né...então agora pra falar eu vou prevenir, vou tocar no ponto certo da doença...isso eu não sei informar, né...isso aí a gente fala pra vir tomar cuidado todos os anos pra tá fazendo,

pra prevenir mesmo de todos...uma vez no ano pelo menos tá fazendo o exame, né. Eu acho que já fazendo uma vez no ano é uma prevenção...não é 100%, mas pelo menos. Para prevenir o do colo do útero e da mama. E os outros cânceres...Ah, isso já é mais difícil, né ...isso aí, pelo que eu to vendo aí, a gente tá notando muita gente que começa ter o câncer...aí a pouco ele já tá no sangue. É uma coisa que não tem como você ver ele...ou o médico mesmo... ou alguma coisa que possa examinar eu agora aqui e falar você tem o câncer, entendeu. É uma coisa que ainda não foi descoberta...não sei...eu não sei explicar da onde vem, como vem...é uma coisa que quando você vai ver, você já tá morrendo. Pelo menos este, sem ser do útero, por que menos este a gente vê todo ano, né ...e da mama. Mas este do estômago, este de rim, de garganta...é difícil, né...descobrir assim de uma hora pra outra. Eu não sei...eu já vi muito... (S6, 36 anos)

...morreu um homem aqui nessa rua de cima...começou uns nódulos assim, sabe umas bolas assim [mostrou o pescoço]... e não tinha dor, era só aquelas bolas...era cinco nódulos que ele tinha tudo aqui...aí ele começou a sentir na língua também, bem por baixo do pé da língua...aí ele não conseguia comer mais, era tudo aquelas bolas...aí foi passado pelo médico aqui, a doutora encaminhou para o Hospital do Câncer. Lá foi feita a autópsia [biópsia], o câncer maligno já estava tomando conta de tudo...pegou ouvido, garganta, tudo isso aqui, e matou o homem com três meses. (S6, 36 anos)

meu cunhado...ele não sentia nada, aí diz que ele estava sentindo uma queimação de estômago...ele fez um exame de estômago, aí que foi ver um tumor, mas agora já não tem mais cura...o médico deu seis meses de vida pra ele. (S6, 36 anos)

S8 imagina que, se tivesse como prevenir, estas ações seriam mais divulgadas, o que ela não tem percebido.

Será que existe isso aí pra não ter câncer? Aí que é o problema, será que existe? Que se existisse, nossa... estava todo mundo falando aí pra evitar, pra gente não pegar pra evitar, né.... É igual uma gripe...você fala assim, se você fica descalço, toma gelado, se ta quente e toma coisa fria você pega uma gripe...então você sabe que fazendo aquilo lá você não vai pegar...agora e o câncer? (S8, 48 anos)

Esta fala é um alerta para nós, profissionais da saúde, que provavelmente não estamos cumprindo o nosso papel de orientação de uma forma eficaz.

Outra razão pode ser o próprio sucesso da medicina ao longo deste último século. Helman (2003) relata que a medicina praticamente erradicou as principais doenças infecciosas fatais, aumentando a expectativa de vida. Como resultado, mais pessoas vivem por mais tempo, desenvolvendo doenças crônicas, como o diabetes e o câncer e, na maioria das vezes, a cura para estas doenças não é possível. Este fato requer uma abordagem mais cooperativa no atendimento à saúde, ou seja, uma abordagem diferente da atual perspectiva autoritária pautada na doença. Seria necessário mais ações de educação em saúde aos pacientes e de uma maior compreensão das suas necessidades, de suas crenças sobre as doenças e a relação destas com a sua vida cotidiana.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento de prevenção dos sujeitos, no estudo de caso apresentado, está baseado em suas cultura.

Na análise dos dados encontramos quatro unidades amplas de significação que demonstraram os conhecimentos e crenças dos sujeitos e sua a explicação.

Na primeira unidade -o conhecimento sobre o câncer e sua etiologia- o câncer foi tratado como uma doença fatal, uma doença trágica e terrível, praticamente como uma sentença de morte. Os estigmas sobre a deterioração do corpo e causalidade de invalidez estiveram presentes nas falas.

Alguns sujeitos perceberam o câncer de uma forma mais positiva, destacando a possibilidade de sua cura. Entre os conhecimentos sobre o desenvolvimento do câncer, destacaram: *todo mundo tem câncer e existem dois tipos de câncer, o benigno e o maligno, ou do bem e do mal*. Os sinais de aparecimento do câncer foram relatados como presença de caroço, feridas ou alterações na pele. A ação do câncer no organismo humano foi explicada por metáforas, como: a ação de *um bicho que vai comendo...*; a comparação do desenvolvimento dos tumores com a raiz de uma planta; a visão do corpo como uma máquina e como um encanamento. Ainda, a incerteza de como o câncer se desenvolve desencadeou uma explicação mágica e sobrenatural: *parece que é um mistério*.

A possibilidade de cura do câncer foi uma dúvida para os sujeitos, e alguns parecem não acreditar nem mesmo na cura do tumor benigno. Foi comum a

crença de que a cura depende de alguns fatores como: detecção precoce; tipo de tumor e estado do indivíduo.

Como terapias do câncer foram identificados: a quimioterapia, a radioterapia, o laser, a cirurgia e ainda medidas de proteção, como o uso de máscara.

As causas do câncer foram relacionadas aos seguintes fatores: *tabagismo, alimentação inadequada; anemia; poluição do ar; trauma físico; cheirar o pólen de uma flor; uso de medicamentos; queda da imunidade; hereditariedade; comportamento sexual e reprodutivo inseguro; radiação solar; falta de cuidado pessoal e estresse.*

Na segunda unidade - a importância da prevenção, as formas de prevenção e os fatores que motivam e desmotivam esta prática, a importância de realizar a prevenção foi relatada pelos sujeitos, que muitas vezes não relacionavam os seus comportamentos de prevenção com o câncer. No caso específico da detecção do CCU, este era realizado com o objetivo de detectar outros problemas ginecológicos.

O conhecimento sobre as formas de prevenir o câncer foram: realização de exames periódicos; alimentação saudável; comportamento sexual e reprodutivo seguro; abstenção do fumo; cuidados com o sol; terapias alternativas e não fazer nada.

Os fatores que motivam a prática do comportamento preventivo do câncer foram: os meios de comunicação/mídia; os profissionais de saúde; o contato com pessoas com câncer; o autocuidado; a facilidade de acesso aos exames; o medo; o dever de consciência e a habituação.

Os fatores desmotivadores da prática de prevenção foram: a falta de tempo; o medo; a vergonha; as restrições do sistema de saúde; o custo financeiro e a descrença da possibilidade de desenvolver a doença.

A família e os amigos representam papéis de motivadores, desmotivadores e, algumas vezes, de indiferença à prática da prevenção.

Na terceira unidade de significação -o impacto do profissional de saúde nos comportamentos de prevenção- estes foram responsabilizados pela adesão às práticas de prevenção, sendo apontadas questões de dificuldade no diálogo e questões de gênero.

Na última unidade -o que realmente previne o câncer- as crenças sobre a prevenção restringiram-se aos comportamentos de promoção à saúde, como: alimentação saudável, combate ao tabagismo e prática de atividades físicas, a ações de prevenção secundária, representada pela realização dos exames periódicos, além da crença de que para prevenir o câncer é importante ter fé e sorte, e que se houvesse meios de se prevenir, estes seriam mais divulgados.

Analisando os resultados de uma forma geral, podemos considerar que, no caso deste grupo investigado, as idéias e os comportamentos de prevenção contra o câncer não são valorizados por todos os sujeitos, pois estes parecem não acreditar na possibilidade de prevenir o câncer. Percebemos, também, a incerteza e o desconhecimento de alguns sujeitos sobre a temática.

O modelo leigo descrito caracteriza-se por elementos culturais (idéias e valores) que impõem uma forma de ver o câncer como uma causa externa ao indivíduo. Sendo assim a prevenção não é valorizada.

Esses fatos alertam para a necessidade de reestruturação do serviço de saúde, dos programas de prevenção e da divulgação dos comportamentos de

prevenção pela mídia. Segundo Wenger (1995), por vezes os serviços de saúde ou a mídia impõem barreiras aos comportamentos de prevenção, dificultando o acesso, gerando ansiedades, entre outras. O mesmo autor argumenta que é urgente a capacitação dos profissionais que atuam nas ações de promoção da saúde e prevenção do câncer, para que estes considerem, em suas ações, o contexto cultural dos indivíduos.

É necessário, também, o desenvolvimento de novos estudos integrados com a prática profissional, sobre a eficácia da prevenção, os programas de prevenção, o impacto psicológico da prevenção do câncer e as estratégias de detecção (ONS, 2004).

Nessa primeira aproximação com a antropologia e a etnografia, refletimos como a construção do ME, para apreender os comportamentos de prevenção entre o grupo estudado, diferencia-se do ME médico. Esta comparação permitiu-nos identificar a construção simbólica, fluida e aberta do mundo sempre em transformação descrita por Langdon (2003), na qual os indivíduos em face da realidade, expressam o seu modo de pensar e agir, entendendo este indivíduo como um ser singular e único.

O ME proposto por Kleinman não considera os aspectos da prevenção, entretanto, percebemos que a essência deste modelo pode ser utilizada nesta abordagem, visto que os comportamentos de prevenção dos sujeitos são baseados em seus conhecimentos e crenças sobre a doença, determinando, assim, o modo de esses sujeitos compreenderem o câncer, sua etiologia, a importância e as formas de prevenção do câncer.

O impacto das atitudes do profissional de saúde nos comportamentos de prevenção foi destacado como uma unidade de significados em razão da importância dada pelos sujeitos a essas atitudes.

A reação social do indivíduo em relação ao câncer pode ser identificada e explicada pelo ME leigo, que incorpora a experiência e a percepção individual do indivíduo diante do câncer e os comportamentos de prevenção desta doença.

REFERÊNCIAS¹

ALMEIDA FILHO, N. For a general theory of health: preliminary epistemological and antropological note. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 753-799. 2001.

ALVES, P.C.; RABELO, M.C. **Antropologia da Saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.

ALONSO, I. K. O cuidado de enfermagem na saúde da família: sob o olhar da antropologia da saúde. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 60-65. 2003.

BARACAT, F. F. et al. **Cancerologia atual**. São Paulo: Roca, 2000.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer.Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro, 2004d. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução n. 196 de outubro de 1996. In: **O mundo da saúde**. Ano 21, n. 21, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. IEC-Informação Educação e Comunicação. **Promoção da saúde**: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall e declaração de Bogotá. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino–serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

_____ **Conhecendo o Viva Mulher**. Rio de Janeiro: INCA, 2001a.

_____ **Controle do câncer**: uma proposta de integração ensino–serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 1999b.

¹ De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.

Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/index>>. Acesso em: 21 mar. 2004a.

Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama-Viva Mulher. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/conteudo>>. Acesso em: 21 mar. 2004c.

Programas nacionais. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/conteudo>>. Acesso em: 21 mar. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Promoção da saúde:** carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall e declaração de Santafé de Bogotá, declaração de Jacarta, rede de megapaíses e declaração do México. Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST.** 3. ed. Brasília, DF, 1999a.

BRENTANI, M.M.; CHAMMAS, R.; COELHO, F.R.G. Mecanismos de invasão e metástases. In: BRENTANI, M.M. et al. **Bases da oncologia.** São Paulo: Marina, 1998. cap. 7, p. 91-98.

BRESSAN, F. O método do estudo de caso. **Revista de Administração on line** São Paulo, v. 1, n. 1, jan./mar. 2000. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm>. Acesso em: 03 abr. 2004.

BUENO, S. **Minidicionário da língua portuguesa.** São Paulo: FTD, 2000.

CABALLERO, O. L.; DANI, U.S.; SIMPSON, A.J.G. Oncogêneses e genes supressores de tumores. In: BRENTANI, M.M. et al. **Bases da oncologia.** São Paulo: Marina, 1998. cap. 4, p. 53-69.

CERQUEIRA, E. M. M. Câncer e genética. In: BARACAT, F. F. et al. **Cancerologia atual.** São Paulo: Roca, 2000. cap. 34, p. 507-515.

COELHO, F. R. G. A prevenção do câncer. **Acta Oncológica Brasileira**, São Paulo, v. 14, n. 3, p.105-118, 1994.

COELHO, F.R.G. O controle do câncer. In: BRENTANI, M.M. et al. **Bases da oncologia.** São Paulo: Marina, 1998. cap. 1, p. 1-21.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333. 2002.

COLYER, H. Women's experience of living with câncer. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.23, n. 3, p.496-501, 1996.

CONNER, M.; NORMAN, P. **Predicting health behaviour**, Buckingham: Open University Press, 1998.

CUTLER, L. R. The contribution of nursing to cancer prevetion. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 1, p. 169-177. 1999.

CYRILLO, P. I.; PAZOTTO, M. O papel do psicólogo no tratamento oncológico. In: BARACAT, F. F. et al. **Cancerologia atual**. São Paulo: Roca, 2000. cap. 6, p. 173-185.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 2, p.39-53.

DEITOS, F. e GASPARY, J. F. P. et col. **Mito de Ulisses: estresse, câncer e imunidade**. Santa Maria: Kaza do Zé, 1997.

FERNANDES JÚNIOR, H. J. Introdução ao estudo das neoplasias. In: BARACAT, F. F. et al. **Cancerologia Atual**. São Paulo: Roca, 2000. cap. 1, p. 3-10.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio séc. XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FRANK-STROMBORG, M. Cancer screening and early detection. In: AMERICAN CANCER SOCIETY. **A cancer source book for nurses**. 7th ed. · London: Jones and Bartlett, 1997. cap. 4, p. 43-55.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 7, p.141-159

FRIEDRICH, D. B. C.; SENA, R. R. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 772-779. 2002.

GABEZA, E. et al. Conocimientos, creencias y actitudes de la población femenina de Mallorca respecto al cáncer. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 73, n. 4, p. 489-499. 1999.

GEERTZ, C. **A interpretação da cultura**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GILL, P. S.; TATTERSALL, M. H. N. Rastreamento e detecção precoce. In: LOVE, R. R. (Ed.). **Manual de oncologia clínica**. 6. ed. Berlin: Springer-Verlag; São Paulo: Fundação Oncocentro, 1999. cap. 07, p. 117-138.

GOLFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução Márcia B. de M. Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GONÇALVES, S. M. M.; DIAS, M. R. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 4, n. 1, p. 141-159. 1999.

GUIMARÃES, M.A. et al. **Promoção da saúde: as conferências Internacionais de promoção da saúde**. Disponível em <http://www.sobral.ce.gov.br/saudeda familia/Publicacoes/PromoSaude/conferencias_internacionais.htm>. Acesso em: 07 jun. 2004.

HELMAN, C. G. **Cultura , saúde e doença**. Tradução Eliane Mussmich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HELMAN, C.G. **Cultura , saúde e doença**. Tradução Cláudia Buchweitz ; Pedro M. Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HOSPITAL DO CANCER A. C. CAMARGO. Centro de Tratamento e Pesquisa. **Kit-câncer**: educação em câncer. Livro 4, tratamento e câncer. Disponível em: http://www.ecancer.org.br/livro4/livro4_7.html. Acesso em 20 out 2004.

HUNT, L. M. Moral reasoning and the meaning of cancer: causal explanation of oncologists and patients in southern Mexico. **Med. Anthropol. Q.** v. 12, n. 3, p. 298-318, 1998.

JENNINGS, K. M. Getting a pap smear: focus group responses of African American and Latina women. **Oncology Nursing Forum**, New York, v. 24, n. 5, p. 827-35, 1997.

JUPIASSU, H. **Introdução às ciências humanas**. 3. ed. São Paulo: Letra & Letras, 2002.

KLEINMAN, A. **Experience and its moral modes**: culture, human conditions, and disorder. [S.l.]: Stanford University, 1998. Mimeo.

KLIGERMAN, J. O papel do INCA na prevenção e controle do câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro. v. 47, n. 1. 2001. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v01/editorial.html. Acesso em 01 mar 2004.

LANGDON, E. J. Cultura e processos de saúde e doença. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, [2000], Londrina. **Anais....** Londrina: [s.n.], 2003. p. 91-107.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F.B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoção da saúde**: saúde da mulher brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n. 6, p.31-36. 2002.

LOTFI, C. J. Infecções e câncer, In: BRENTANI, M.M. et al. **Bases da oncologia**. São Paulo: Marina, 1998. cap. 27, p.527-542.

LOPES, R .L. M. et al. O exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico-uterino: relações de gênero expressas pela clientela. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n.45, p. 35-43. 1999.

LOPES, R .L. M. Repensando na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 42, p. 219-225. 1996.

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

MACIEL, A. A. **A procura por cuidado de saúde**: o papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença. 1999. 183 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MARCONI, M. A.; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia: uma introdução**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARCUS, M. T.; LIEHR, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 9, p. 222-39.

MARUYAMA, S. A. T. **A experiencia da colostomia por câncer como ruptura biográfica, na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico**, 2003, Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MAYAN, M. J. **Uma introducción a los métodos qualitativos**: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. [S.l.]: Institute for Qualitative Methodology, 2001. Mimeo.

MERIGHI, M. A. B.; HOGA, L. A. K.; PRAÇA, N.S. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para funcionárias de uma escola de Enfermagem de uma instituição pública. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 36, n. 3 p. 289-296. 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

NEUGUT, A. I. Prevenção primária. In: LOVE, R. R. (Ed.). **Manual de oncologia clínica**. 6. ed. Berlin: Springer-Verlag; São Paulo: Fundação Oncocentro, 1999. cap. 5, p. 93-102.

OLIVEIRA, M. M. **A prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família, da área básica da distrital- Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto-SP**. 2003. 139 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

ONCOLOGY NURSING SOCIETY. **Prevention and early detection of cancer in the United State**. Disponível em: <http://www.ons.org/publications/documents/pdfs/PreventionDetection.pdf>. Acesso em: 20 out 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. **Programas nacionales de lucha contra o câncer** – directrices sobre política y gestion. Genebra, 1995.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 8, p.161-174.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 97-106. 2000.

PASTORE, J. A mulher dos anos 2000. **Promoção da saúde: saúde da mulher brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde. Ano3, nº6, 2002, p.8-10.

PELLOSO, S. M. **Prevenção/cura: funções do enfermeiro na prática**. 1991. 166 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 1991.

PINHO, A. A.; FRANÇA JÚNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

PITANGUY, J. Gênero, violência e direitos humanos. **Promoção da saúde: saúde da mulher brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde. Ano3, nº6, 2002, p.67-70.

PITTS, M. **The psychology of preventive health**. London: Routledge, 1996.

POPIM, R. C. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schutz**. 2001. 122 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, A. F. C.; SILVA, R. M. Percepção de algumas mulheres sobre o exame de Papanicolaou. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 113-118, abril. 2001.

SANTOS, J. L. **O que é cultura**. 16. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

SILVEIRA, M. L. Família, cultura e prevenção. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, [2000], Londrina. **Anais....** Londrina: [s.n.], 2003. p 171-182.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

SYRJÄNEN, S; PURANEN, M. Human papillomavirus infections in children: the potential role of maternal transmission. **Critical Revil Oral Biology & Medicine**. Alexandria, v.11, n.2, p.259-274, 2000.

TEIXEIRA, C. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 10, p. 497-504. 1994.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Câncer**: problema de saúde pública e saúde ocupacional – atuação do enfermeiro na prevenção do câncer. Porto Alegre: RM&L, 1997.

WENGER, A .F. Z.. Cultural context, health and health care decision making. **Journal of Transcultural Nursing**, Memphis, v. 7, n. 1, p. 3-14. 1995.

WONG-KIM, E.; SUN, A.; DeMATTOS, M. C. Assessing cancer beliefs in a chinese immigrant community. **Cancer Control**, Tampa, v. 10, n. 5, p. 22-28. 2003.

ZAGO, M. M. F. et al O adoecimento por câncer de laringe. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 108 -114, 2001.

ZEFERINO, L.; GALVÃO, L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil? In GALVÃO, L. E.; DIAZ, J. (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 14, p. 346-365.

ANEXO A

**Dados sobre a Região do Ana Rosa, obtidos pelo Sistema de Informação de
Atenção Básica (SIAB)**

ANEXO B**- Instrumento semi-estruturado para coleta dos dados**

Entrevista número:_____

Idade:_____

Religião:_____

Estado marital:_____

Número de filhos:_____

Escolaridade:_____

Renda familiar:_____

Ocupação:_____

QUESTÕES FACILITADORAS PARA A ENTREVISTA

O que é o câncer?

O que é prevenção?

O que a levou a fazer a prevenção?

Por que outras pessoas não a fazem?

O que a sua família/amigos pensam sobre a senhora fazer prevenção?

ANEXO C
Parecer do Comitê de Ética

ANEXO D
- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

NOME DA PESQUISA: A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Maria Elisa Wotzasek Cestari (No. USP 4866595) e Profa Dra Márcia Maria Fontão Zago (Coren: SP:13394).

Cara Dra. Djamedes Maria Garrido

Secretária de Saúde do Município de Cambé

Venho trabalhando com a prevenção do câncer no município de Cambé há cerca de 5 anos, pelo estágio curricular do curso de graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Londrina. Desde então me interessei em investigar melhor a população desta região, tendo escolhido Cambé para subsidiar a coleta de dados da minha dissertação de mestrado.

Portanto, solicito o consentimento desta secretaria para realização de um estudo sobre “A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer”. Este estudo tem o objetivo de descrever a experiência e os comportamentos, em relação à prevenção do câncer, de um grupo de pessoas participantes do programa de prevenção do câncer do colo do útero do Ministério da Saúde.

Serão convidadas a participar deste estudo algumas mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou no período de janeiro a dezembro de 2003 na UBS do Jardim Ana Rosa.

Como estratégia para obtenção dos dados serão realizadas: entrevistas, observações, e consultas aos prontuários dos sujeitos a serem entrevistados. O local e o horário da entrevista serão definidos conforme seja melhor para o entrevistado e de acordo com as possibilidades de consultório vago na UBS. A coleta de dados deverá durar cerca de 1 mês, iniciando-se em maio deste ano.

O projeto de pesquisa está em anexo, e este também está sendo avaliado pelo comitê de ética do HURNPR.

Desde já agradeço a atenção e colaboração

Cambé, de 2004

Maria Elisa Wotzasek Cestari

ANEXO E

- TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

NOME DA PESQUISA: A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer: um modelo explicativo.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Maria Elisa Wotzasek Cestari (No. USP 4866595) e Profa Dra Márcia Maria Fontão Zago (Coren: SP:13394).

INFORMAÇÕES AO PACIENTE:

Com este estudo procuramos descrever a sua experiência e os seus comportamentos em relação à prevenção do câncer.

Serão convidadas a participar deste estudo algumas mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou no período de janeiro a dezembro de 2003 no posto de Saúde do Ana Rosa.

Para participar a senhora terá que responder a algumas perguntas. O seu nome não será revelado e será identificado pelas iniciais. A senhora poderá ou não permitir a gravação da entrevista.

O local e o horário da entrevista serão definidos conforme seja melhor para a senhora.

A sua participação neste estudo não acarretará nenhum prejuízo de ordem física e moral. Caso não queira participar ou deseje interromper a sua participação, a sua decisão será respeitada.

Certifico que informei e expliquei à pessoa nomeada abaixo sobre a descrição dos procedimentos do estudo e deste formulário de consentimentos.

Pesquisador responsável:

Data:

CONSENTIMENTO PARA ATUAR COMO SUJEITO NA PESQUISA:

Eu _____,

RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, além de uma via deste documento, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

DIREITOS

- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;

- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento;

- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;

- O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta afetar a minha vontade de continuar participando.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar do estudo.

Cambé, de de 2004.

Assinatura do participante:

Permissão para gravação da entrevista:

SIM () NÃO ()