

Experiências, comportamento alimentar e características culturais de pessoas com neoplasias colorretais

Experiences, dietary behavior and cultural characteristics of people with colorectal neoplasms
Experiencias, conducta alimentaria y características culturales de personas con neoplasias colorrectales

Antonio Jorge Silva Correa Júnior^I

ORCID: 0000-0003-1665-1521

Helena Megumi Sonobe^{II}

ORCID: 0000-0003-3722-0835

André Aparecido da Silva Teles^{II}

ORCID: 0000-0002-0548-9592

Wagner Felipe dos Santos Neves^I

ORCID: 0000-0001-9989-7273

Mary Elizabeth de Santana^I

ORCID: 0000-0002-3629-8932

^IUniversidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil.

^{II}Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Correa Júnior AJS, Sonobe HM, Teles AAS, Neves WFS, Santana ME. Experiences, dietary behavior and cultural characteristics of people with colorectal neoplasms. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20200092.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0092>

Autor Correspondente:

Antonio Jorge Silva Correa Júnior
E-mail: juniorjorge_94@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 08-04-2020 **Aprovação:** 15-09-2020

RESUMO

Objetivos: interpretar os aspectos socioculturais, religiosos e espirituais da experiência de adoecimento de pessoas por câncer colorretal submetidas ao tratamento cirúrgico com estomização. **Métodos:** estudo etnográfico sob a perspectiva da Sociologia da Saúde, na vertente compreensiva, em unidade cirúrgica de um hospital oncológico do estado do Pará, Brasil. Participaram 18 depoentes, sendo 11 adoecidos e 7 cuidadores, entre dezembro de 2018 e março de 2019. Os dados foram obtidos com observação não participante/participante, registro em diário de campo e entrevista semiestruturada com posterior análise de conteúdo indutiva. **Resultados:** interpretaram-se o apego religioso e aspectos socioculturais do adoecimento, enfatizando o fato social do Sonho Imediato, choque emocional, totemismo moderno, reimosidade alimentar como tabu e a medicalização na esfera do senso comum e sistema biomédico. **Considerações Finais:** fatores microsociais e macrosociais das experiências dos participantes contribuem na qualificação da assistência oncológica no sistema público, pressupondo a necessidade de uma assistência interprofissional especializada. **Descritores:** Neoplasias Colorretais; Enfermagem Oncológica; Comportamento Alimentar; Características Culturais; Sociologia Médica.

ABSTRACT

Objectives: to interpret the socio-cultural, religious, and spiritual aspects of the experience of people who have colorectal cancer and were submitted to surgical treatment with ostomy. **Methods:** ethnographic study under the perspective of the Sociology of Health, in the comprehensive aspect, in a surgical unit of an oncologic hospital of the state of Pará, Brazil. Eighteen deponents participated, eleven patients, and seven caregivers, between December 2018 and March 2019. Data were obtained with non-participant observation, field diary records, and semi-structured interviews with subsequent inductive content analysis. **Results:** religious attachment and socio-cultural aspects of the illness were interpreted, emphasizing the social fact of the Immediate Dream, emotional shock, modern totemism, toxic food as taboo, and medicalization in the sphere of common sense and biomedical system. **Final Considerations:** microsocial and macrosocial factors of the participants' experiences contribute to the qualification of oncologic assistance in the public system, assuming the need for specialized interprofessional assistance. **Descriptors:** Colorectal Neoplasms; Oncologic Nursing; Dietary Behavior; Cultural Characteristics; Medical Sociology

RESUMEN

Objetivos: interpretar aspectos socioculturales, religiosos y espirituales de experiencia de enfermedad de personas por cáncer colorrectal sometidas al tratamiento quirúrgico con estomatización. **Métodos:** estudio etnográfico bajo la perspectiva de la Sociología de Salud, en la vertiente comprensiva, en unidad quirúrgica de un hospital oncológico de Pará, Brasil. Participaron 18 deponentes, siendo 11 enfermos y 7 cuidadores, entre diciembre de 2018 y marzo de 2019. Los datos obtenidos con observación no participante/participante, registro en diario de campo y entrevista semiestruturada con posterior análisis de contenido inductivo. **Resultados:** interpretaron el apego religioso y aspectos socioculturales del enfermo, enfatizando el hecho social del Sueño Inmediato, choque emocional, totemismo moderno, la reimosidad alimentaria como tabú y la medicalización en la esfera del sentido común y sistema biomédico. **Consideraciones Finales:** factores microsociales y macrosociales de las experiencias de los participantes contribuyen en cualificación de asistencia oncológica en el sistema público, presuponiendo la necesidad de una asistencia interprofissional especializada. **Descriptor:** Neoplasias Colorrectales; Enfermería Oncológica; Conducta Alimentaria; Características Culturales; Sociología Médica.

INTRODUÇÃO

O adoecimento por câncer colorretal (CCR) e a possibilidade de estomização causam impacto na vida social. Em geral, a assistência à saúde está limitada à doença e não abarca a totalidade vivenciada no tocante à condição crítica iminente e à coerência existencial⁽¹⁾. Isso difere da perspectiva do adoecido, que possui um sistema de crenças, saberes e expectativas durante o itinerário no Sistema Único de Saúde (SUS) — este último, com modelo hegemônico biomédico.

No Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, estimaram-se 20.520 casos de câncer de cólon e reto no sexo masculino e 20.470 no sexo feminino, sendo que no estado do Pará, Brasil, serão diagnosticados 200 casos novos em homens e 270 em mulheres, perfazendo 470 casos novos a cada ano⁽²⁾. A gravidade é categorizada em quatro estágios pela *Union for International Cancer Control* (UICC), variando de “localizado ao revestimento do cólon” (estágio 1) a “espalhado para outros órgãos” (estágio 4 ou doença metastática)⁽³⁾.

Dessa forma, a cirurgia com confecção de estomia, ou seja, a exteriorização do íleo (ileostomia) ou do cólon (colostomia) através da parede abdominal para a eliminação intestinal constitui o tratamento predominante para o CCR. O processo de adoecimento e posterior estomização gera repercussões fisiológicas como liberação de gases e de ruídos desagradáveis, além da fadiga, culminando em repercussões psicossociais como depressão e insatisfação com a aparência pela utilização de equipamentos coletores⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a ação da enfermagem é de inteirar-se das necessidades psicoemocionais orientando os familiares acerca do tratamento e vida após a estomização⁽³⁾. No planejamento da assistência de enfermagem, devem-se incluir os fatores microssociais e macrossociais envolvidos no adoecimento e no contexto de atendimento. Os fatores microssociais vinculam-se às interações dos profissionais com os adoecidos, ao comportamento face a face e à assistência perioperatória nas instituições, atuando na experiência e nas repercussões na vida desses adoecidos e de suas famílias, os quais são dependentes dos fatores macrossociais do SUS⁽⁵⁻⁶⁾. Portanto, neste estudo etnográfico, optou-se pelo referencial teórico da Sociologia da Saúde.

Essa linha teórica, inicialmente denominada Sociologia Médica, analisa e interpreta o fato social como a totalidade de maneiras de pensar, agir e sentir, que são externas ao adoecido e construídas no hábito coletivo (de origem cultural, jurídica ou moral), influenciando experiências individuais⁽⁷⁾. Com essa perspectiva, têm sido estudados temas como estigma, identidade social, desvio, comportamentos na doença, autonomia, medicalização e experiência leiga⁽⁸⁾. Com foco na enfermagem, as sociologias fenomenológica e compreensiva têm buscado aprofundamento na situação biográfica, relações sociais, experiências passadas e presentes⁽⁹⁾, prática social, contextos macrossocial e microssocial⁽¹⁰⁾, corpo, ser social, experiências conjuntas, estigma e espiritualidade⁽¹¹⁾, por meio de dados densos.

O método etnográfico, por sua vez, apreende a experiência mediante análise das crenças, comportamentos e interações com convivência do pesquisador em um contexto específico. No caso do CCR na vertente antropológica e sócio-histórica, destaca-se trabalho de campo inglês com 39 adoecidos, reportando que um

suporte profissional inadequado acarretou confusão e desespero⁽¹²⁾. Portanto, evidenciar os fatores socioculturais, religiosos e espirituais intrínsecos à dinâmica de vida desses adoecidos, que ocorrem na experiência de internação no Sistema Único brasileiro e cuja compreensão contribuiria na melhoria da humanização, é algo premente.

Investigar o adoecimento por CCR empregando o suporte da Sociologia da Saúde possibilita que a enfermagem alcance a compreensão da seguinte questão de pesquisa: “Quais são os aspectos socioculturais, religiosos e espirituais presentes na experiência de adoecimento de pessoas acometidas por câncer colorretal submetidas ao tratamento cirúrgico com estomização?”

OBJETIVOS

Interpretar os aspectos socioculturais, religiosos e espirituais da experiência de adoecimento de pessoas por câncer colorretal submetidas ao tratamento cirúrgico com estomização.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo seguiu a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, sobre as normas de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, sendo aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições proponente e coparticipante, por ser desempenhado com especificidade em cenário hospitalar. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ocorreu após leitura conjunta do projeto com os depoentes. Para preservar o anonimato, foi usada a codificação alfanumérica sequencial da participação de cada adoecido (A1 a A11) e dos cuidadores (C1 a C7).

Tipo de estudo e referencial teórico-metodológico

Trata-se de pesquisa etnográfica, com perspectiva sociológica compreensiva⁽⁶⁾ e estratégia metodológica-conceitual de pequenas narrativas, recorte da dissertação “Os sentidos do adoecimento pelo câncer colorretal: estudo etnográfico”. As pequenas narrativas na Sociologia da Saúde são construídas pela ordenação sequencial de eventos socioculturais (neste estudo, o adoecimento por CCR); análise dos dados e relatos respeitando-se a individualidade da experiência para evitar o etnocentrismo; e incentivo para relatos ordenados sobre os cenários de ações e sentimentos que permeiam a experiência⁽⁵⁾.

Desde a construção do objeto de estudo, sabe-se que os dados serão repassados do senso comum para o sentido sociológico, portanto a linguagem cotidiana é mitigada, pois, ao mesmo tempo que exprime valores, crenças e comportamentos, possui uma barreira descritiva que não engloba a descoberta do novo; uma “sociologia espontânea” que apenas reflete o trivial não é desejada, e sim uma sociologia que possibilite interpretar fatos. O pesquisador toma consciência e delimita o campo de seu estudo etnográfico, esforçando-se para descrever suas apreensões. Destarte, a cada contato, depreende-se um novo olhar sobre a realidade, sobre como os indivíduos agem, os motivos de suas ações, independentemente daquilo que é evidente⁽¹³⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

A captação de participantes ocorreu em um Centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (CACON), na região metropolitana de uma cidade do estado do Pará, Brasil. O contexto deste estudo foi uma unidade cirúrgica oncológica com 18 enfermarias, totalizando 22 leitos, onde foram realizados os contatos no pré-operatório e no pós-operatório depois do retorno de cada participante do Centro de Terapia Intensiva. O trabalho de campo para a coleta dos dados ocorreu de setembro de 2018 a março de 2019, e o tempo de vínculo total com cada um dos participantes variou entre 7 e 33 dias.

Fontes de dados

A amostragem sociológica é representada segundo ambiente, contexto e interações importantes para o alcance do objeto⁽⁶⁾. Portanto, considerou-se o binômio adoecido-cuidador pela dificuldade em realizar entrevistas unicamente com os participantes primários (adoecidos), havendo a necessidade de participantes secundários (cuidadores) que acompanhavam o itinerário terapêutico e a internação. Os critérios de seleção dos participantes para este estudo foram: adoecidos por câncer colorretal em tratamento cirúrgico, residentes no município do estudo, maiores de 18 anos, com ausência de relatos de esgotamento psicoemocional e com estomização intestinal. Foram incluídos como fontes de dados 18 depoentes: 7 cuidadores (C) e 11 adoecidos (A).

Etapas da coleta e organização dos dados

Os itens do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽¹⁴⁾ foram respeitados nos domínios “equipe de pesquisa e reflexividade”, “desenho de estudo”, “análise” e “descobertas”.

No trabalho de campo, as técnicas empregadas foram observação não participante e participante, por intermédio da inserção do pesquisador no contexto e aproximação desde a admissão pré-operatória na unidade cirúrgica para com os participantes, com uso de escuta empática, diálogo de esclarecimento sobre o estudo e conversas informais sobre o atendimento e expectativas após a alta hospitalar. Na observação não participante, foram consideradas: dinâmica, organização, rotina do serviço e procedimentos. Já a observação participante se deu segundo pressupostos sociológicos de audição e interação⁽¹³⁾: perguntou-se sobre a experiência de estar internado, ouvindo os itinerários, hábitos de vida e opiniões em relação à assistência. Durante todos os momentos, empregou-se o diário de campo como instrumento para registro de dados.

As notas etnográficas no diário respeitaram obrigatoriamente: data e lista de sujeitos a serem abordados, eventos observados em palavras-chave, narrativas, sentimentos, reflexões, primeiras interpretações e apontamentos para o próximo encontro. A entrevista semiestruturada realizada nas enfermarias durante o pós-operatório, contou com as questões: “O que você poderia me contar sobre o seu problema de saúde?”; “O que acha que causou este problema?”; “O que é realmente importante para você agora?”; “Quais seus planos para o futuro?”; “Acha que sua

vida vai mudar depois da cirurgia? De que forma?”; A duração das entrevistas variou de 15 a 36 minutos.

Posteriormente, a estratégia sociológica de pertinência foi realizada mediante triangulação com as notas etnográficas, reflexões do pesquisador e entrevistas pós-operatórias, gerando um arquivo *Microsoft Word* para cada adoecido ou binômio, quando necessário. Após a familiarização com as características concretas dos dados, ocorreu o agrupamento das entrevistas individuais em um único arquivo-matriz, para a análise de similitudes e identificação de dados de estranhamento.

Análise dos dados

O gerenciamento, a categorização e a legitimação de dados foram realizados pela equipe, não havendo utilização de softwares. Após a organização no arquivo-matriz, o material foi tratado à luz da análise de conteúdo indutiva em seis etapas: 1) familiarização – transcrição, leitura e releitura para explorar os pontos críticos das falas, com solicitação de maiores esclarecimentos à medida que os contatos intensificavam-se; 2) codificação sistemática de características concretas dos dados; 3) geração de unidades por proximidade temática entre os sentidos; 4) análise das conexões entre as unidades; 5) geração de nomes para as unidades e sentidos; 6) relatório⁽¹⁵⁾. Das particularidades da análise até a definição da unidade de sentido, utilizou-se a concretude dos fatos socioculturais, religiosos e espirituais, apreendidos segundo a inspiração conceitual durkheimiana sobre o objeto de pesquisa. Esses Fatos Sociais, para o sociólogo, são os elementos oriundos de um modelo conceitual de pensamento ou comportamento coletivo e de coerções externas na esfera individual, com a fixação de uma consciência pública⁽⁷⁾; estão refletidos nas falas e identificados primariamente no diário de campo e validados pela equipe de pesquisa no arquivo-matriz.

RESULTADOS

Participaram 18 depoentes, entre os quais 11 adoecidos, sendo 4 homens e 7 mulheres, todos vinculados ao SUS como único recurso de atenção à saúde. Procediam majoritariamente de municípios do interior do estado do Pará, além de um participante do estado do Piauí e outro do Maranhão, mas que residiam no município do estudo, no período da coleta. A renda mensal de dois participantes primários foi de menos de um salário mínimo, sete com um salário mínimo, um com dois salários mínimos e um participante com três salários mínimos (referência dos períodos: 01/01/2018 – R\$ 954,00 e 01/01/2019 – R\$ 998,00).

Seis adoecidos estavam na faixa etária entre 30 e 59 anos e cinco com 59 anos ou mais. Quanto à escolaridade: um participante nunca estudou formalmente; cinco, ensino fundamental incompleto; três, ensino fundamental completo; um, ensino médio incompleto; e um, ensino médio completo. As sete participantes secundárias eram todas do sexo feminino: quatro esposas, uma nora, uma filha e uma amiga da adoecida; três estavam na faixa etária dos 18 aos 40 anos, duas possuíam de 40 a 59 anos, e duas delas tinham mais de 59 anos. Os aprofundamentos da interpretação estão na unidade de sentido *Perspectivas futuras, sentimentos e comportamentos socioculturais-religiosos*, com três sentidos apresentados a seguir.

O Sonho Imediato e as perspectivas futuras

O adoecimento oncológico ameaçou os sonhos conscientes ou inconscientes de restauração de suas vidas, principalmente no que se refere ao trabalho e à manutenção da família, bem como às tendências e sentimentos construídos socialmente.

Ficar boa! (A9) [Diário de campo A9: Em seu primeiro dia de internação, permanecia deitada, sem verbalizar muito. Chorou muito quando foi admitida pensando que não sairia viva da instituição]

Vou desprezar meu pensamento [leva a mão ao rosto]. *Só quero ficar boa, para continuar com meu pensamento como eu fazia* [...] [como era esse seu pensamento?] *Era trabalhar, aquelas besteirinhas, fazer um cercado, um canteiro, capinar meu quintal. Agora, se eles não quiserem, eu não faço* [família], *eu quero só viver uns tempos.* (A5) [Diário de campo A5: gosta de comer qualquer tipo de peixe, faz canteiros e admira sua plantação de “açai” próxima ao mangue como passatempo; Diário de campo: açai, a *Euterpe oleracea*, fornece fruto típico paraense utilizado de diferentes formas]

O Sonho Imediato é a expectativa sobre a recuperação física e alta hospitalar, com valorização da saúde para voltar a ser feliz, como esperança de viabilização de novos sonhos.

Minha cura definitiva, sair daqui curada em nome de Jesus. Na minha alimentação, eu vou ser uma nova mulher, vou aderir à alimentação daqui. (A6) [Diário de campo A6: gosta de comer churrasco e passear no shopping como passatempo]

Eu queria que desse tudo certo [três reabordagens de A7], *que pudéssemos sair daqui. Eu sei que tem muitas coisas para frente, e esse negócio de bolsa não vai ter muita importância.* (C3)

O doutor explicou, apesar do avanço da doença, quer voltar para casa. (C4) [Diário de campo A8: gosta de comer peixe e como passatempo visitar suas amigas]

Adstrito ao Sonho Imediato, a família passa a ser coparticipante dos planos futuros:

Não temos no momento planos, nossos filhos que estão fazendo, estão planejando viagens quando ele estiver bem. Tenho outro filho que está planejando conseguir uma pessoa porque nós moramos sozinhos. Então eles que estão cheios de planos, nós estamos cheios de esperança e daqui para frente vamos mudar nossas vidas. (C1)

A retirada! Voltar as minhas atitudes normais, o que eu fazia antes, gosto de trabalhar. Ajudar a criar minha neta, reformar minha oficina... dia 11, ela faz 4 anos, e todo dia manda áudios perguntando como eu estou. (A1) [Diário de campo A1 – reconstrução do trânsito intestinal: gosta de comer peixe e carne de caça, dirige como passatempo]

Meu plano é ficar com uma vida como antes. Eu gostava do trabalho, mas agora não, já estou no meu conhecimento que não dá para ser mais assim [...]. (A3) [Diário de campo A3: gosta de comer galinha caipira com folhas de “jambú”; Diário de campo: *Acmella oleracea*, planta típica amazônica utilizada na culinária, causando formigamento e dormência nos lábios e língua ao ser consumida]

Falta só um ano para minha filha se formar em serviço social, e eu quero ter saúde para ficar com meus netos; ela só não terminou esse ano porque disse: “Não mãe, agora é a senhora!” [começa a chorar, e pergunto se deseja encerrar a entrevista]. *Não, não, eu gosto de chorar. O meu foco agora é ter saúde e fazer tudo direitinho, mas para o ano, se Deus quiser, a minha filha vai e eu vou ficar com meu netinho. Meu propósito de vida.* (A4) [Diário de campo A4: gosta de comida simples; faz crochê e artesanato como passatempos]

Comportamentos socioreligiosos e espirituais

O despertar para Deus foi um fato social ou experiência religiosa após uma vida autodeclarada como desinteressada pela saúde. Isso ocorreu no hospital, pelas incertezas de (con) viver com a bolsa coletora e utilização da capela como espaço de reza pelos católicos.

Graças a Deus, me libertei do meu vício de bebida. Quando eu adoeci, falei “Tá na hora de mudar”, eu despertei, porque a gente é ser humano. Temos a oportunidade de vida e o despertar, agora se tu não quiseres [...]. É a lei da sobrevivência. Já pensou dois anos com isso? [aponta para a colostomia] Só milagre, Ele nos conhece desde o ventre. (A1) [Diário de campo A1 – reconstrução do trânsito intestinal; protestante quadrangular]

Pedia para restaurar minha saúde, dois dias antes da cirurgia entrou uma equipe de médicos e falou que eu iria ficar um tempo com a bolsa e depois sem a bolsa. Fiquei maravilhada, ajoelhei aqui, me fortaleci, quando a gente confia, Ele atende. No momento certo, é no tempo Dele, não no teu, não tenho palavras para agradecer. (A6) [Diário de campo A6: terço no punho e usa um escapulário; católica]

Eu rezo meus terços, gosto de chorar porque é quando eu vou buscar forças com Deus, parece que fico no colo Dele chorando. Eu respiro e pego forças e me sinto bem. Se Deus quiser e a Nossa Senhora, eu melhora! (síntese A4 e A5) [Diário de campo: católicas]

Antes da cirurgia, a gente rezava o terço na capela; na quinta, a celebração da palavra. Vinha para o ambulatório com ela, e a gente ficava na capela. (C7) [Diário de campo C7: freiras, 60 anos de vida religiosa de A11]

Houve a combinação de elementos sagrados no espaço hospitalar, como a presença de terços nos suportes de soro e na tubulação dos fluxos de oxigênio das enfermarias e Bíblias ao lado dos travesseiros. Atribuíram-se nomeações de anjo ou instrumento de Deus para a figura do profissional ou “conhecido”.

Quando ele foi atendido da primeira vez pelo médico [ambulatório], sinceramente para mim isso é coisa de Deus [...]. O médico colocou na ficha dele “cirurgia com urgência”; por conta deste escrito, foi mais rápido, por isso eu digo que foi instrumento de Deus [olhos marejados]. Se não tivesse essa urgência, só iria fazer cirurgia daqui uns seis meses, dito pela assistente social [...]. Chamaram com uns 20 dias para internar. (C1)

[Diário de campo A11: balbúcia de forma incompreensível e sua cuidadora me explica]. *Está falando que quando ela estava aguardando um leito para CTI, um médico que estava fazendo a visita entrou no quarto e a reconheceu, pois ele havia estudado*

na escola onde ela morava. Ele ajudou na agilidade. Tá na mão do nosso Senhor, os médicos são auxiliados por Deus e ninguém faz nada só [...] ela queria a cirurgia. (C7)

O dinheiro acabou, e Ele mandou este anjo [Diário de campo A5: sobre a "moça" do hospital que agilizou a internação] para nos ajudar e nos trouxe para cá. (A5)

Etiologias comportamentais desencadeantes do câncer colorretal, saberes e formas tradicionais de tratamento

O status alimentar foi vinculado à baixa ingestão de legumes e verduras nas refeições e ao tradicional almoço de pirão de açai (Diário de campo: prato típico preparado com frutos da palmeira *Euterpe oleracea*), com farinha de mandioca (*Manihot esculenta*). Os condicionantes status socioeconômico, laboral e hereditariedade compuseram o léxico das condutas alimentares.

Comida seca, não gostava de legumes, verduras, tenha certeza que foi isso! Almoçava feijão, carne ou frango, arroz e farinha. Na infância a gente era pobre, era só açai com farinha. (A6)

Ele trabalhou em garimpo, não tinha água boa, só comem carne no mato. (C3)

Tem uma hereditariedade, uma história familiar. (síntese C1, C6 e C7)

Porque fumou muito anos, mas fumar prejudica o pulmão e não o reto [...]. [Diário de campo A3: fumou por mais de 20 anos, e após a explicação sobre fatores de risco e alimentação, a cuidadora se recordou de alguns hábitos do marido] [...] eu fritava bife com feijão e o arroz, ele pegava aquele óleo do bife com os temperos e jogava na comida. "Meu Deus, não faz isso meu irmão! Isso faz mal para tu!" Ele dizia: "Isso aqui que é o gostoso, mulher! Com o óleo." Sabe lá se não foi isso. (C2)

A comida reimosa, um termo utilizado para tabu alimentar da Região Norte brasileira foi referida pela potencialidade de danos teciduais e infecções e fortemente contraindicada pela sabedoria popular no pós-operatório.

Eu associo a um porco que comi. [Diário de campo: ao ser indagada sobre o motivo desta associação, referiu ser comida reimosa]. Como esse problema estava no reto, tampou minha passagem, tufou e fechou. (A4)

Foi almoçar lá em casa e colocou um pouco de maionese, demorou dez minutos, e ela disse que isso ia fazer mal. Senti dor de barriga, dei uma aguardente antes dela chegar em casa e de lá para cá. Só decaindo, emagrecendo rápido e dizendo que nunca tinha ficado boa depois da maionese. A doutora que fez o diagnóstico falou que fazia três anos agindo dentro dela, calado, quietinho! [Diário de campo: Qual o motivo para o relato sobre a maionese caseira?]. É porque ovo é reimoso. (C4)

Houve automedicação no sistema popular com "aguardente alemã", conhecida como tintura de "jalapa" (Diário de campo: jalapas são trepadeiras das famílias *Apocynaceae* e *Convolvulaceae*, seus tubérculos têm potencial laxativo); e com a planta aromática

arruda (Diário de campo: *Ruta graveolens*, planta medicinal) misturada com açúcar. Com apreensão similar à pílula, que constitui um traço cultural da medicina tradicional ligado ao sistema de saberes biomédico.

Era mais remédio caseiro. Eu quase não adoecia, quando inchava o bucho, tomava chá de boldo. [Diário de campo: *Peumus boldus*, considerada planta medicinal para problemas gastrointestinais]. A doença mais pesada era gripe, e tomava pílula [...]. E neste costume, eu estava. Mas agora era dor noite e dia e fazendo cocô direto que não tinha hora, aquela dor, eu chorava muito no banheiro. (A5)

Houve um testemunho de alerta sobre CCR, fenômeno social derivado de adversidades, com recomendação para os sinais do adoecimento.

Só ia no banheiro a cada três, quatro dias e achava aquilo normal, nunca vi um comentário na televisão, num jornal que isso não era normal. Hoje eu falo "Gente se vocês são assim, corram, corram!" No momento que foi dito em algum programa, eu me perdi. Não me doía, não sangrava. "Caramba eu sou normal" e nessa tese eu fiquei. Para as pessoas que vão me visitar, quando eu tenho oportunidade, dou meu depoimento, quero ser um alerta para as pessoas. Não ser assim como eu fui, ninguém me orientou ou me avisou. Foi falta de oportunidade? Não sei o que foi, eu achava que era normal. (A4)

A alusão ao Sonho Imediato e a família condicionaram o futuro, assim como o hospital constituiu-se em espaço de súplicas ao divino, definindo os aspectos interpretados. Já o status socioeconômico, alimentação precária e hereditariedade vincularam-se ao surgimento do câncer; em referência à medicalização social, notou-se a coexistência de arquétipos populares e biomédicos.

DISCUSSÃO

Destaca-se a apreensão do Sonho Imediato, comportamentos socioreligiosos espirituais e do tabu alimentar da reimosidade como fortes constituintes deste estudo. A autoidentidade dos participantes, adquirida e assimilada, alterou-se. Doravante, mudanças serão processadas nos papéis sociais, hábitos e expectativas, derivados das vastas instituições socioculturais. Esses indivíduos sofrerão novas significações que transcendem a dimensão imediata, a doença em si⁽¹⁶⁾, e, para adaptarem-se, contam com ressignificação situacional, apego à religião ou espiritualidade e reflexão sobre hábitos.

Em relação ao primeiro sentido apreendido, sabe-se que trabalhar ou manter-se útil com atividades domésticas indica a importância social do labor na autorrealização, dignificação pessoal, independência financeira e sociabilidade do ser humano. As atividades comunitárias e familiares de entretenimento ou retomada dos estudos favorecem o novo estilo de vida após a estomização⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. O Sonho Imediato é a interrupção dos sonhos arraigados no meio social, conseqüente ao adoecimento constatado pelo diagnóstico estabelecido, luto pela identidade perdida, pensar se será capaz de cuidar da família e como o estoma prejudicará sua vida⁽¹⁹⁾.

O choque emocional está ligado à intensa carga psicoemocional afetando o futuro, que neste estudo foi o tratamento com estomização. A doença crítica (CCR) ataca o físico progressivamente: a sedação, a densidade tecnológica do tratamento cirúrgico, o comprometimento funcional, inconsciência, a recuperação e preocupações com cura geram sensação de perda de controle das circunstâncias, com repercussões psicoemocionais que interrompem os sonhos⁽¹⁾.

Em relação ao segundo sentido, corrobora-se que a religiosidade e espiritualidade fortaleceram os participantes, sendo que as crenças foram modificadas com o itinerário; e a fé articulou a construção reflexiva da experiência do adoecimento. Há carência da abordagem profissional sobre a temática, refletindo uma prática biomédico-funcional⁽²⁰⁻²²⁾.

A totalidade professava religiões cristãs ligando Deus à redenção e conectando-se a Ele por meio de performances como orações, leitura do evangelho, ajoelhar-se e chorar, denotadas pelas interposições do sagrado no espaço físico hospitalar. Essas experiências do sagrado e do divino indicam a busca de aceitação das consequências da estomização, com intermediação de um Ser onipresente e onisciente que fornece proteção ininterrupta. Terços nos suportes de soro, na tubulação dos fluxos de oxigênio e Bíblias ao lado dos traveseiros denotaram o totemismo moderno, constituído por múltiplas formas de adoração a Deus, fenômeno heterogêneo de reconhecimento do vínculo dos participantes com o divino e da importância das práticas mágicoreligiosas, simbólicas e ritualísticas⁽²³⁾.

Os agradecimentos dos participantes pelo diagnóstico e/ou internação no momento certo e a denominação dos profissionais que os ajudaram como “instrumento de Deus” ou “anjos” configuram o simbolismo da institucionalização profissional por especialidades na sociedade brasileira, que subsidiam a credibilidade do sistema biomédico no CACON⁽²⁴⁻²⁵⁾. Assim, o poder soberano é atribuído aos médicos como detentores da decisão sobre a vida dos adoecidos⁽²⁵⁾.

Profícuos achados foram sintetizados na elaboração do terceiro sentido. Houve a alegação do senso comum sobre a dieta “seca”, pobre em frutas e legumes, preferência exclusiva por extrato de *Euterpe oleracea*, arroz, feijão e carne como causadora do adoecimento por CCR, convergindo com a literatura científica sobre os fatores de risco, principalmente no que se refere à associação positiva da baixa ingestão de grãos, frutas, legumes, verduras e alto consumo de carne vermelha, gorduras e açúcares com câncer colorretal⁽²⁶⁻²⁷⁾. Para tanto, o estabelecimento de uma estratégia “quimiopreventiva” é recomendada com o consumo de azeite de oliva, vinho tinto e tomates⁽²⁸⁾, muito embora isto constitua-se como uma realidade alimentar distante dos adoecidos amazônicos.

A pobreza, preço mais acessível e a insalubridade laboral foram narrados sem a necessidade de interferência teórico-analítica, e os participantes se encarregam de refletir sobre a sua experiência de adoecimento no contexto biomédico⁽²⁹⁾. Verificou-se tal ação na fala de C2, indicando a ingestão de porções de óleo por parte do esposo, que passou a ser reflexionado pelo casal com a (des) construção sobre os hábitos alimentares. Então, o uso indiscriminado do indivíduo para explicar o adoecimento é incompleto. O *habitus* como fonte explicativa dos problemas em saúde no que tange ao estilo de vida envolve os processos de socialização e a

estruturação dos hábitos alimentares, dos efeitos cumulativos, acrescidos dos determinantes sociais político-econômicos e que também limitam a acessibilidade aos bens de consumo saudáveis^(26,28,30).

Portanto, para a Promoção à Saúde, recomenda-se extrapolar o determinismo individual como única fonte de análise e auxiliar os adoecidos para a (des)construção histórico-social sobre os hábitos de vida, com adoção realista de comportamentos e consumo de alimentos mais saudáveis para prevenir o CCR⁽³⁰⁻³¹⁾. Nesse sentido, deve-se levar em conta a lentidão de tal processo, como reportada por estudo norte-americano que relatou o aumento do consumo de frutas e legumes apenas após a superação dos eventos adversos das terapêuticas⁽³²⁾. Consequentemente, a experiência-narrativa mais acessível no momento da internação resultaria em uma performance social de alerta encarada como redentora.

A reimosidade (ou reimosidade) alimentar foi relatada, evidenciando as tendências culturais e ritualísticas fortes sobre essa designação popular na Região Norte do Brasil, debatida como um tabu alimentar: “[...] significa a corrente de um líquido ou o fluxo de um humor orgânico, enquanto *reimoso* é tudo aquilo que provoca a reima”⁽³³⁾. O trabalho etnográfico clássico de Maués e Maués⁽³⁴⁾ analisou os tabus alimentares em comunidade rural-extrativista amazônica, em que este termo indicava potencial danoso ou venenoso se consumido por pessoas em estado de saúde não pleno. A carne de porco, pato, peru, caranguejo, camarão, peixes sem escamas ou das cores dourada e preta, animais caçados e alimentos de origem animal como os ovos seriam reimosos.

Na interlocução do saber biomédico e do saber popular, destaca-se que a maioria destes animais se alimentam de matéria orgânica em decomposição, cujo tempo de cozimento pode destruir as bactérias, contudo não as toxinas. Isso pode ativar a imunidade inata, dificultando a cicatrização. Apesar do não reconhecimento pelo sistema biomédico, alguns profissionais da Região Norte do Brasil recomendam abstenção desses alimentos após a alta hospitalar. As pessoas com uma enfermidade latente poderiam ter seu quadro agravado com a ingestão deles, como relatado por duas depoentes (A4 e C4, procedentes das cidades de Belém e São Luís, respectivamente) — seria um elemento intensificador os sintomas do câncer; porém, a literatura sobre esse tabu alimentar é escassa e seus mecanismos fisiopatológicos são desconhecidos⁽³³⁾.

No combate aos sintomas, no senso comum têm sido utilizadas “pílulas” (“tintura de jalapa”) como fitoterápico encontrado em farmácias populares (Diário de campo: contraindicado para doença tumoral) e a infusão/sumo de arruda (Diário de campo: *Ruta graveolens*, planta medicinal com ação anti-inflamatória) com açúcar. A medicalização alude à intervenção médica na sociedade, partindo-se do pressuposto de que a doença necessita de remediações e os conhecimentos universitários e laboratoriais dominam também os sistemas não clínicos. Apesar do reconhecimento da medicalização como essencialmente do meio universitário-científico, o “conhecimento médico” de outras vertentes ritualísticas e tradicionais fortalece o controle social médico. As diferentes medicalizações adaptativas e com operadores não médicos ocorrem com a aceitação, prestígio e controle social de seus executores do senso comum ou da esfera biomédica;

assim, a vertente biomédica tem ainda hegemonia com ampla aceitação pelo seu status social conquistado⁽²⁴⁾.

Os estudos etnográficos focalizados na assistência hospitalar oncológica diferenciam-se dos de âmbito comunitário, contribuindo na imersão e compreensão da cultura organizacional neste contexto assistencial, para a melhoria da abordagem ao usuário e estabelecimento de vínculos favorecendo a implementação de terapêuticas com maior densidade tecnológica. Devido às limitações de um contato detido com o adoecido no ambiente hospitalar pela carga de trabalho, o pensamento biomédico funcional acaba sendo adotado pelos profissionais. No entanto, entender os saberes, estilos de vida, preferências alimentares e emoções com a profundidade da etnografia amplia a compreensão sobre a humanização e melhoria da qualidade de atendimento no sistema público de saúde⁽³⁵⁾.

Limitações do estudo

Os achados como comportamentos, sentimentos e ideias são próprios de adoecidos vivenciando CCR em uma clínica cirúrgica, interferindo nas experiências narradas. Além disso, a experiência de estomização de pouco tempo dos participantes foi uma limitação, pois os aspectos socioculturais, religiosos e espirituais não foram suficientemente vivenciados no ambiente extrahospitalar e na retomada da vida cotidiana, o que teria ampliado os resultados.

Contribuições para a área da saúde e enfermagem

A interpretação alcançada pela sociologia possibilitou compreender as experiências de pessoas adoecidas por CCR em tratamento cirúrgico com estomização, analisando-se as influências dos fatores microssociais e macrossociais, importantes para as políticas públicas de saúde do SUS no que tange à humanização, do itinerário até a internação para a estomização. Tais aspectos necessitam ser considerados no planejamento da assistência interprofissional desses usuários, ampliando a perspectiva biomédica funcionalista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores socioculturais, religiosos e espirituais da experiência de adoecimento de pessoas por CCR em tratamento com estomização vincularam-se à expectativa do Sonho Imediato na esperança de retomada da vida, manutenção de um tabu alimentar da Região Norte Amazônica (a reimosidade alimentar), hábitos de vida e religiosidade-espiritualidade. É impossível dissociar essas experiências narrativas, anteriores e posteriores ao tratamento cirúrgico, da reflexão sobre a assistência perioperatória e implementação de políticas públicas de atenção oncológica no SUS, bem como estratégias de enfrentamento desses usuários durante a hospitalização na Região Norte Amazônica.

A construção analítica do fato social do Sonho Imediato da alta hospitalar é importante; antes de tudo, pelo aguardo da recuperação, confundida ou não com a cura, afluindo para sonhos urgentes, justificados pela aspiração de retorno ao trabalho e da retomada da vida com e apesar da estomização. Na espera pela cirurgia, os adoecidos pensaram nos planos de Deus, com proximidade aos objetos sagrados (figuras de apego) e ao totemismo moderno no espaço clínico hospitalar, conferindo, portanto, fortalecimento no perioperatório.

Nas sociedades complexas, nos centros urbanos, há coexistência de perspectivas tradicionais e modernas, indicando fortes relações ideológicas entre macrossocial e microssocial, tornando imprescindível o constructo sociológico sobre a assistência à saúde, por meio da escuta de narrativas dos adoecidos acerca da doença e da sua interação com o sistema profissional-biomédico.

FOMENTO

Pesquisa apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); código da bolsa de pesquisador de mestrado: 4892065.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos pela empatia da equipe do CACON.

REFERÊNCIAS

1. Tembo AC. Critical illness as a biographical disruption. *Singapore Med J.* 2017;26(4):253-9. doi: 10.1177/2010105817699843
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, INCA (Brasil). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2019 [cited 2020 Jan 08]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
3. Beets G, Sebag-Montefiore D, Andritsch E, Arnold D, Beishon M, Crul M, et al. ECCO essential requirements for quality cancer care: colorectal cancer. a critical review. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2017;110:81-93. doi: 10.1016/j.critrevonc.2016.12.001
4. Vonk-Klaassen SM, Vocht HM, Ouden MEM, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res.* 2016;25(1):125-33. doi: 10.1007/s11136-015-1050-3
5. Castellanos MEP. The narrative in qualitative research in health. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(4):1065-76. doi: 10.1590/1413-81232014194.12052013
6. Gold RL. The ethnographic method in sociology. *Qual Inq.* 1997;3(4):388-402. doi: 10.1177/107780049700300402
7. Durkheim E. *As regras do método sociológico.* São Paulo: Edipro, 2012.
8. Nunes ED. A construção teórica na sociologia da saúde: uma reflexão sobre a sua trajetória. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(4):1007-18. doi: 10.1590/1413-81232014194.12422013

9. Guimarães AN, Schneider JF, Camatta MW, Nasi C, Ferraz L, Pinho LB. Internação psiquiátrica no hospital geral de alcoolistas do meio rural: expectativas dos familiares. *Rev Bras Enferm.* 2019 Dec; 72(6):1442-9. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0710
10. Siman AG, Braga LM, Amaro MOF, Brito MJM. Desafios da prática na segurança do paciente. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1504-11. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0441
11. Rodrigues TFCS, Sanches RCN, OMLF, Pinho LB, Radovanovic CAT. Sentimentos de famílias na dependência de drogas: à luz da sociologia compreensiva. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 5):2272-9. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0150
12. Rozmovits L, Ziebland S. Expressions of loss of adulthood in the narratives of people with colorectal cancer. *Qual Health Res.* 2004;14(2):187-203. doi: 10.1177/1049732303260874
13. Paugam S. A pesquisa sociológica. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
16. Berger PL, Berger B. Socialização: como ser um membro da sociedade. In: Foracchi MM, Martins JS. *Sociologia e sociedade: leituras de introdução a sociologia.* Rio de Janeiro: LTC, 2018. p. 169-181.
17. Neves DR, Nascimento RP, Felix Jr MS, Silva FA, Andrade ROB. Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. *Cad EBAPE.BR [Internet].* 2018 [cited 2019 Jun 03];16(2):318-30. doi: 10.1590/1679-395159388
18. Boehs STM, Silva N. Papel de trabalho, carreira, satisfação de vida e ajuste na aposentadoria. *Rev Bras Orientac Prof [Internet].* 2017 [cited 2019 Jun 01];18(2):141-53. doi: 10.26707/1984-7270/2017v18n2p141
19. Salomonsen A, Kiil MA, Kristoffersen AE, Stub T, Berntsen GR. "My cancer is not my deepest concern": life course disruption influencing patient pathways and health care needs among persons living with colorectal cancer. *Patient Prefer Adherence.* 2016;10:1591-600. doi: 10.2147/PPA.S108422
20. Kimura CA, Kamada I, Guilhem DB, Modesto KR, Abreu BSD. Perceptions of ostomized persons due to colorectal cancer on their quality of life. *J Coloproctol.* 2017;37(1):1-7. doi: 10.1016/j.jcol.2016.05.007
21. Reis CGC, Farias CP, Quintana AM. Emptiness of sense: religiosity support for patients with advanced cancer. *Psicol Ciênc Prof.* 2017;37(1):106-18. doi: 10.1590/1982-3703000072015
22. Rohde G, Kersten C, Vistad I, Mesel T. Spiritual well-being in patients with metastatic colorectal cancer receiving noncurative chemotherapy: a qualitative study. *Cancer Nurs.* 2017;40(3):209-16. doi: 10.1097/NCC.0000000000000385
23. Montero P. A teoria do simbólico de Durkheim e Lévi-Strauss: desdobramentos contemporâneos no estudo das religiões. *Novos Estud CEBRAP.* 2014;(98):125-42. doi: 10.1590/S0101-33002014000100007
24. Correia T. Revisiting medicalization: a critique of the assumptions of what counts as medical knowledge. *Front Sociol.* 2017;2:14. doi: 10.3389/fsoc.2017.00014
25. Ribeiro ACL, Ferla AA. Como médicos tornaram-se deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. *Psicol Rev.* 2016;22(2):294-314. doi: 10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P294
26. Almeida L, Santos BT, Prates RP, Leão LL, Pereira ÉJ, Silva VS, Farias PKS. Alimentação como fator de risco para câncer de intestino em universitários. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017;30(1):72-8. doi: 10.5020/18061230.2017.p72
27. Mehta RS, Song M, Nishihara R, Drew DA, Wu K, Qian ZR, et al. Dietary patterns and risk of colorectal cancer: analysis by tumor location and molecular subtypes. *Gastroenterology.* 2017;152(8):1944-53, 2017. doi: 10.1053/j.gastro.2017.02.015
28. Farinetti A, Zurlo V, Manenti A, Coppi F, Mattioli AV. Mediterranean diet and colorectal cancer: A systematic review. *Nutrition.* 2017;43:83-8. doi: 10.1016/j.nut.2017.06.008
29. Pacheco RA, Onocko-Campos R. "Experiência-narrativa" como sintagma de núcleo vazio: contribuições para o debate metodológico na Saúde Coletiva. *Physis [Internet].* 2018;28(2):e280212. doi: 10.1590/s0103-73312018280212
30. Madeira FB, Filgueira DA, Bosi MLM, Nogueira JAD. Lifestyle, habitus, and health promotion: some approaches. *Saúde Soc.* 2018;27(1):106-15. doi: 10.1590/s0104-12902018170520
31. Klotz-Silva J, Prado SD, Seixas CM. The power of "food habit": conceptual references to the field of Food and Nutrition. *Physis [Internet].* 2017;27(4):1065-85. doi: 10.1590/s0103-73312017000400011
32. Shaffer KM, Kim Y, Llabre MM, Carver CS. Dyadic associations between cancer-related stress and fruit and vegetable consumption among colorectal cancer patients and their family caregivers. *J Behav Med.* 2016;39(1):75-84. doi: 10.1007/s10865-015-9665-y
33. Brito Jr LC, Estácio AG. Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos rechosos. *AMB Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(3):213-6. doi: 10.1016/j.ramb.2013.04.001
34. Maués HR, Maués AG. O modelo da "Reima": representações alimentares em uma comunidade amazônica. *An Antropol [Internet].* 1978 [cited 2019 Feb 22];2(1):120-47. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/anoarioantropologico/article/view/6016>
35. Vougioukalou S, Boaz A, Gager M, Locock L. The contribution of ethnography to the evaluation of quality improvement in hospital settings: reflections on observing co-design in intensive care units and lung cancer pathways in the UK. *Anthropol Med.* 2019;26(1):18-32. doi: 10.1080/13648470.2018.1507104