

O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer*

NURSING'S VIEW OF THE CARE PRACTICES OF RURAL FAMILIES AND THE PERSON WITH CANCER

VISIÓN DE LA ENFERMERÍA SOBRE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE FAMILIAS RURALES A LA PERSONA CON CÁNCER

Juliana Graciela Vestena Zillmer¹, Eda Schwartz², Rosani Manfrin Muniz³

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar as práticas de cuidados das famílias rurais que vivenciam o cuidar da pessoa com câncer. Trata-se de estudo qualitativo, que utilizou como referencial teórico-metodológico o Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner e o método da inserção ecológica. Participaram três famílias da área rural, que tinham um de seus membros em tratamento quimioterápico no Serviço de Oncologia de um Hospital Escola da região Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e julho de 2009. Constatou-se que a família rural cuida a partir das práticas de cuidado que foram construídas com base nas interações entre as pessoas da família ao longo das gerações e em outras práticas da comunidade. O carinho, o amor, a proteção, a união familiar, a fé, o estar junto, a preocupação com a alimentação descrevem o cuidar e constituem-se como práticas de cuidado das famílias rurais à pessoa com câncer.

DESCRIPTORIOS

Família
População rural
Neoplasias
Enfermagem oncológica

ABSTRACT

The objective of this study is to identify the care practices of rural families who care for a person with cancer. This qualitative study used the Urie Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory as the theoretical and methodological framework. The participants were three families from a rural area who had a relative undergoing chemotherapy at an oncology service of a teaching hospital in southern Brazil. Data collection was performed between February and July of 2009. It was found that the care provided by the rural families is developed based on the family interactions across generations, and also on other community practices. The affection, love, protection, family unity, faith, togetherness and diet concerns describe the care and comprise the care practices of rural families who provide care to the person with cancer.

DESCRIPTORS

Family
Rural population
Neoplasms
Oncologic nursing

RESUMEN

Identificar las prácticas de cuidados de familias rurales que experimentan la necesidad de cuidar de un miembro con cáncer. Estudio cualitativo, utilizando como referencial metodológico el Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner y el método de inserción ecológica. Participaron tres familias de área rural, con un miembro en tratamiento quimioterápico en Servicio de Oncología de un Hospital Escuela de la Región Sur de Brasil. Datos recolectados de febrero a julio de 2009. Se constató que la familia rural cuida a partir de las prácticas construidas con base en las interacciones entre los familiares a lo largo de generaciones, y en otras prácticas de la comunidad. El cariño, el amor, la protección, la unión familiar, la fe, el estar cerca, la preocupación por la alimentación, describen el cuidado y se constituyen como prácticas de cuidado familiares en las familias rurales con un integrante afectado por cáncer.

DESCRIPTORIOS

Familia
Población rural
Neoplasias
Enfermería oncológica

* Extraído da dissertação "Práticas de cuidado no contexto das famílias rurais à pessoa com câncer", Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, 2009. ¹ Enfermeira Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas. Especialista em Saúde da Família Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista de Demanda Social da CAPES. Integrante do Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde à Pessoas em Condição Crônica. Pelotas, RS, Brasil. jzillmer@gmail.com ² Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Integrante do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN). Pelotas, RS, Brasil. eschwartz@terra.com.br ³ Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Vice-líder do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN). Pelotas, RS, Brasil. romaniz@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Toda família possui suas histórias. São narrativas impregnadas por valores, crenças e hábitos que se repetem de geração para geração, dando identidade a ela. São histórias de carinho, união, respeito, superação, cuidado com o próximo, e de luta em busca de melhor qualidade de vida. Cada família, em algum momento da vida, experiencia situações de crise, como, por exemplo, o encontro com uma doença que possui grande impacto, sendo necessário que vivencie práticas de cuidado. Este tem sido um dos enfoques importantes da enfermagem na contemporaneidade⁽¹⁾.

Como doença crônica, o câncer é uma das mais temidas pelas pessoas. Ele é muito mais do que afecções biológicas, caracteriza-se como um conjunto de sentimentos ambivalentes carregados de significados. Nesse sentido, é considerada uma enfermidade simbólica, na medida em que traz consigo significados como desordem, catástrofe, castigo, relacionado à fatalidade⁽²⁻³⁾. Dessa forma, vivenciar o câncer continua sendo um evento social significativo que desencadeia modificações nas relações sociais da pessoa e na dinâmica familiar⁽⁴⁾. Embora existam aspectos semelhantes no viver com câncer, cada pessoa tem estratégias próprias para lidar com a doença, devido aos seus valores, crenças e forma de ver o mundo⁽⁴⁻⁵⁾.

Abordamos a família como um sistema de saúde para seus membros, que compreende um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guia suas ações, e que possui um processo próprio de cuidar. A família torna-se responsável por supervisionar o estado de saúde, tomar decisões quanto aos caminhos que se deve seguir nos casos de queixas ou sinais de mal-estar, além de acompanhar e avaliar constantemente a saúde e a doença de seus membros⁽⁶⁾.

Ao descrever a família ao longo da história, vemos que ela ocupa diferentes espaços e funções, mas, desde os tempos mais antigos até a contemporaneidade, a família representa um lugar de acolhimento, segurança entre as pessoas, as quais mantêm vínculos de afinidade, amor e respeito. E é no contexto familiar que construímos nossa identidade, consolidamos valores e princípios, e compartilhamos as primeiras emoções⁽⁷⁾. É na família que aprendemos os papéis sociais, é dela que, mediados pela cultura social onde se inscreve, transitamos para os outros grupos que passamos a integrar na vida⁽⁸⁾.

A partir do exposto, é relevante conhecer a realidade de vida da pessoa com câncer e de sua família, assim como o contexto, a dinâmica, a organização para cuidar,

as interações, o papel social da pessoa na família e na comunidade, as potencialidades e os limites daqueles que se envolvem no cuidado. Além disso, olhar para os aspectos sociais, como as condições habitacionais, a renda familiar, o impacto das atividades de trabalho, os valores, as crenças e os hábitos que a família possui, é também um fator que os profissionais de saúde poderiam considerar ao cuidar de famílias em situação de doença, para auxiliá-las na habilidade de atender as demandas que a doença gera.

Ao dirigir o foco para o contexto das famílias que vivenciam o câncer, percebe-se que estas pertencem a diferentes espaços, sendo um deles o meio rural. O modo de conceituar saúde, associado com a realidade deste ambiente, tem efeito significativo sobre o comportamento das pessoas, a procura por serviços de saúde e sobre a aceitação de intervenções de cuidados à pessoa e à família⁽⁹⁾. Assim, é imprescindível compreender as práticas de cuidado, pois elas diferem de um grupo para outro, permanecendo nas histórias de cada família, influenciando a realização do cuidado⁽⁷⁾. O desenvolvimento das práticas de cuidado requer participação ativa em interação com outras pessoas, com objetos e símbolos no seu contexto, ao longo do tempo⁽¹⁰⁾.

Há uma carência de pesquisas em enfermagem com enfoque em famílias rurais, o que comprova a necessidade de ampliar o conhecimento sobre os processos de viver, de adoecer e de cuidar desta população⁽⁹⁾. O enfermeiro, ao compreender como elas se organizam e o que realizam para cuidar de um familiar com câncer, poderá desenvolver um plano de cuidado de acordo com o contexto de cada família. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo descrever as práticas de cuidado realizadas no contexto de famílias rurais para cuidar da pessoa com câncer.

Ao dirigir o foco para o contexto das famílias que vivenciam o câncer, percebe-se que estas pertencem a diferentes espaços, sendo um deles o meio rural. O modo de conceituar saúde, associado com a realidade deste ambiente, tem efeito significativo sobre o comportamento das pessoas, a procura por serviços de saúde e sobre a aceitação de intervenções de cuidados à pessoa e à família.

MÉTODO

Trata-se de um recorte de um estudo qualitativo, que utilizou como referencial teórico metodológico o Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner, que tem como núcleos essenciais o processo, a pessoa, o contexto e o tempo, também denominado de modelo PPCT. Esse modelo possibilita a investigação e a análise do fenômeno através dos quatro núcleos inter-relacionados. Promove o conhecimento de como essas pessoas ou grupo familiar vivenciam determinada experiência/prática de cuidado (processo), conforme os diferentes ambientes ou contextos em que transitam. Esses contextos possuem aspectos físicos, sociais ou valorativos que os caracterizam e exercem influência na pessoa e na família, pela continuidade

e estabilidade do sistema de interação, da construção de suas rotinas, sua biografia e a história social⁽¹⁰⁾.

Na busca de ferramentas metodológicas que fizessem uma aproximação com as pessoas do estudo, o método escolhido foi o da inserção ecológica, que tem como objetivo conhecer os processos de interação dos indivíduos com o contexto no qual estão se desenvolvendo⁽¹¹⁾. O ambiente neste tipo de investigação tem, portanto, papel-chave, já que é nele que as interações e os processos proximais acontecem, assim como o surgimento de vínculos apoiadores⁽¹⁰⁾. O processo proximal acontece através da interação recíproca e complexa de pesquisadores, família, equipe multidisciplinar, comunidade, objetos e símbolos presentes no contexto imediato, constituindo a base de toda investigação que adota a Inserção Ecológica⁽¹¹⁾.

A Inserção Ecológica apoia-se nos cinco aspectos indispensáveis para o estabelecimento de processos proximais: (a) pesquisadores e participantes interagem e se engajam em uma tarefa comum; (b) há a necessidade de diversos encontros, ao longo de um considerável período de tempo; (c) encontros informais progredirão para conversas que devem abordar temas cada vez mais complexos, chegando a ter duração igual ou superior a uma hora; (d) os processos proximais que se estabelecem nesses encontros servem de base para todo o processo de pesquisa, sendo fundamental a postura de informalidade e conversa com os sujeitos, possibilitando o diálogo sobre pontos não diretamente relacionados ao objetivo do estudo; (e) os temas abordados nas entrevistas são interessantes e estimulantes para os pesquisadores e para os participantes, pois exploram as histórias de vida e a forma como se dá o desenvolvimento da pessoa inserida no contexto em estudo⁽¹¹⁾.

Para a realização do estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão das famílias: residir na área rural, ter um familiar com câncer ciente do seu diagnóstico e tratamento, e em condições para participar do estudo (consciente, e não apresentar dificuldades de comunicação). Utilizamos como técnicas de coleta de dados a observação simples⁽¹²⁾, a aplicação de entrevista em profundidade⁽¹³⁾ e a elaboração de genograma e ecomapa⁽¹⁴⁾. Com o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas, sendo posteriormente transcritas na íntegra, e enriquecidas com anotações do diário de campo, provenientes das observações e impressões da pesquisadora sobre o comportamento da família durante a entrevista. Realizamos cinco entrevistas com cada uma das famílias no domicílio, com duração média de 60 minutos, representando cerca de 15 horas para cada uma delas; no total, foram 100 horas de observação, sendo 20 horas no Serviço de Oncologia e 80 horas no contexto domiciliar.

O estudo se desenvolveu com três famílias da área rural da região sul do Estado do Rio Grande do Sul, que, no período da coleta, possuíam um de seus membros em tratamento quimioterápico no Serviço de Oncologia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. A coleta

de dados ocorreu de fevereiro a julho de 2009, período no qual acompanhamos as pessoas com câncer e a sua família no decorrer do tratamento. A primeira abordagem aos sujeitos da pesquisa aconteceu no Serviço de Oncologia, momento em que foram convidados a participar. Para a análise dos dados do estudo, adotou-se a análise temática⁽¹³⁾, identificando-se os núcleos de sentido contidos nas falas das pessoas das famílias e nos registros das observações. Neste estudo foi desenvolvido apenas um núcleo temático – as práticas de cuidado realizadas no contexto das famílias rurais, para cuidar da pessoa com câncer.

O desenvolvimento do estudo respeitou todos os preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos da Resolução 196/96, do Ministério da Saúde. Este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada “Os clientes oncológicos e suas famílias e os sistemas de cuidado nas condições crônicas”, que foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, sob o Protocolo de nº 2008/23. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As famílias foram denominadas segundo sua etnia e, para preservar as identidades dos participantes, definiu-se o grau de parentesco, seguido da idade do membro da família.

RESULTADOS

Serão apresentadas as três famílias rurais do estudo que foram acompanhadas no Serviço de Oncologia e no seu domicílio, e suas práticas de cuidado à pessoa com câncer, em seus contextos, ao longo do tempo.

Família pomerana

A família pomerana caracterizava-se como uma família expandida; eram agricultores, (plantavam fumo, feijão e milho) residentes em uma comunidade de descendência alemã e pomerana. A família era composta pela pessoa com câncer, de 18 anos; sua mãe, 44 anos; pai, 42 anos; irmão, 16 anos, marido, 22 anos; avó, 66 anos. A pessoa com câncer possuía diagnóstico de linfoma não Hodgkin, era de cor branca, de etnia pomerana, casada, mãe de uma filha de 10 meses, tinha o ensino fundamental completo, trabalhava como agricultora e residia junto com seus pais, marido e avó. A família tinha como religião a Evangélica Luterana.

O vínculo apoiador estava representado pelos vizinhos e as pessoas da comunidade. A ajuda mútua nas atividades do cotidiano rural e a vida em comunidade parecem ser um vínculo apoiador para as famílias rurais que cuidam de um familiar com câncer. Essa forma de viver pode ser um valor culturalmente construído que reflete e se estende no cuidado com o outro, com o próximo atendendo suas necessidades nos contextos em que as pessoas compartilham e trocam experiências através das interações pessoa/contexto/símbolos/objetos em um período de tempo.

As atividades cotidianas eram divididas entre os componentes da família. Eles tinham como lazer participar

de festas da comunidade, da igreja, que aconteciam com frequência nos finais de semana. Costumavam frequentar cultos religiosos na comunidade, grupos de casais, de senhoras e grupos de leigos. Todas as pessoas da família participavam de um ou outro grupo da comunidade. Observamos que sentiam necessidade de compartilhar, comunicar, interagir e promover a fé com outros membros da comunidade, ou seja, a família participava e interagiu ativamente do mesossistema – a comunidade. Nesta família, o trabalho apareceu como um valor culturalmente passado de geração a geração (macrotempo), sendo também um fator que definia se a pessoa tinha saúde ou estava doente. Pois, para eles:

Saúde é não ter doença [Pessoa com Câncer]. Saúde é quase tudo, se tu tens saúde, a gente pode trabalhar, sem saúde não se tem nada. A gente nasce nisso, já vem de família, é o que a família ensina. Já nasce naquilo, vendo e aprendendo (Pai).

Trabalho é tudo, é o que a gente faz, é o que a gente sabe fazer (Pessoa com câncer).

Quanto aos hábitos alimentares, referiam a necessidade de ter uma alimentação saudável e do uso de alimentos tradicionais da própria cultura. Pode-se perceber isso a partir da fala:

Quando estamos com gripe, fizemos chás, um chá de laranja (...), é da cultura da pessoa, a minha mãe me ensinou a fazer pão, essas coisas tudo de comida, quando jovem ela me ensinou a fazer e hoje eu faço para minha família (...) (Mãe).

Quanto ao cuidado familiar, neste estudo a mulher detinha o saber sobre o cuidado. Ela aprendia, em geral, no convívio com outra mulher, executava-o durante a sua vida e transmitia esse conhecimento também a outras mulheres, principalmente às filhas e às netas. Ela era a geradora do cuidado, fosse ele familiar ou ampliado na rede social⁽¹⁵⁾. O pastor da comunidade costumava visitar frequentemente a família, relação se tornou mais intensa com a presença de doença. Ficava evidente a necessidade de expressar a fé, a harmonia, as preocupações e a união que se faziam presentes no cotidiano desta família rural. Isso se evidencia a partir dos relatos:

Muita oração, a gente ora muito. A fé em primeiro lugar. Eu tenho que pedir, eu tenho fé que ela vai melhorar, fé é esperança. Ah, nós sempre tivemos fé, tem que ter esperança e fé para conseguir (Mãe).

Sim, a fé ajuda muito a ter mais esperança de melhorar. O meu pai sempre me ensinou e incentivou a ter fé (Pessoa com câncer).

Pode-se perceber que o cuidado realizado pela família pomerana era fortalecido também pela rede social, formada por parentes, amigos e vizinhos. A rede social é definida como um sistema de interação sequencial formada por indivíduos que podem apoiar a pessoa em desenvolvimento, mesmo que esta não esteja presente. As redes

sociais extensas e mais comuns são aquelas que ultrapassam os ambientes e, portanto, constituem elementos de um meso ou exossistema⁽¹⁶⁾.

O processo de adoecer faz com que as pessoas com câncer e suas famílias procurem suporte na comunidade, como, por exemplo, os grupos de apoio. Esses grupos fazem parte do contexto da comunidade, e por meio das interações da pessoa com câncer e da família em outros contextos e com a presença de objetos e símbolos é que o cuidado se concretiza. Os grupos desempenham papel importante para lidar com a situação de sofrimento estabelecida pela doença e tratamento. A participação nos grupos de apoio proporciona às pessoas compartilharem as experiências, manterem a autoestima, acreditarem e superarem dificuldades, buscando compreender a dimensão de estar doente na socialização de informações⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

No domicílio dessa família evidenciou-se que as interações familiares eram muito fortes. O carinho, o respeito, a proteção, a união, o estar junto e a fé eram valores transmitidos de geração para geração (macrotempo) e moviam a família em seu contexto e processo de cuidar, mesmo antes da doença, e continuavam no decorrer do tratamento, buscando estratégias para realizar o cuidado embasado no que acreditavam.

Família alemã

A família de descendência alemã morava havia menos de um ano em um sítio, a 15 km da área urbana. Caracterizava-se por ser uma família nuclear, de religião católica, composta pela pessoa com câncer, 63 anos; sua esposa, 59 anos; e os filhos, de 33 e 21 anos. Vieram morar mais próximo da cidade, devido à doença e ao tratamento indicado à pessoa com câncer, pois antes residiam em um distrito do referido município, aproximadamente a 100 km, sendo mais longe para ir à cidade, com dificuldade de transporte.

A pessoa com câncer tinha 63 anos e possuía diagnóstico médico de câncer de bexiga, já havendo história desse câncer na família. Tinha sido submetida a tratamento inicial por radioterapia e, no momento da coleta de dados, estava em tratamento por quimioterapia. Quando questionados em relação aos hábitos de saúde, negavam tabagismo e alcoolismo. A família desenvolvia atividades relacionadas à agricultura, plantava batata, feijão, milho, entre outros produtos para consumo e venda.

Um aspecto evidenciado foi o vínculo apoiador, a união entre os membros desta família rural e os antigos vizinhos e amigos, sendo algo muito forte e presente no seu cotidiano, tanto antes como depois da doença e o tratamento. Além de se relacionarem intensamente com a natureza, as pessoas do meio rural possuem uma forte relação com vizinhos. As relações sociais são mais intensas e possuem essencialmente um fundo de apoio, troca de favores e ajuda mútua. Isso é possível pela rotina rural e constante interação entre os moradores, constituindo-se

em uma importante rede social^(9,19). Nessa rede, a reciprocidade, as interações da pessoa com o contexto tornam-se um critério para que ela se fortaleça e mantenha-se presente no dia a dia.

No período em que soube que estava doente, a pessoa com câncer iniciou a fazer uso de outras terapias, como: o preparado de babosa, o aveloz (*Euphorbia tirucalli* L.), o chá da casca de uma árvore (não soube informar o nome), e a cirurgia espiritual. A família costumava utilizar chás como tansagem (*Plantago major* L), não somente agora que a pessoa com câncer estava doente, mas sempre procuravam utilizá-los para manter a saúde, o que podemos perceber nos seguintes relato da pessoa com câncer:

O alveloz quem me indicou foi um vizinho. Tomei durante 14 dias, na primeira semana tomava uma gota por dia com meio copo de água, e a cada dia aumenta uma gota, então no sétimo dia tomava sete gotas. Aí depois começa de novo, só ao contrário. Depois comecei a tomar a babosa, um metro de babosa com mel. Quem fazia e indicou que era bom foi uma pessoa da comunidade que trabalha com isto. Quanto à utilização do chá da casca, quem indicou foi um engenheiro agrônomo, a família dele mora lá [Amazônia] e ele disse que era muito bom, que muita gente estava tomando para o câncer.

Evidenciou-se na família alemã a utilização de terapias aliadas à quimioterapia, e representavam um fator importante para a manutenção da saúde e o restabelecimento da mesma. Torna-se relevante que o enfermeiro, como profissional de saúde, se aproprie destas práticas do saber local e amplie seus conhecimentos para assistir a pessoa com câncer e sua família, fornecendo orientações adequadas quanto à sua utilização.

Família espanhola

A família residia havia 30 anos na área rural, distante 20 km do Município de Pelotas. A pessoa com câncer era um senhor de 66 anos, de etnia espanhola, cor branca, católico, aposentado, natural do Município de Pelotas. Era falante, sorridente, ativo em suas atividades cotidianas. Apresentava-se emagrecido devido à doença e ao tratamento. Ao questioná-lo sobre hábitos de saúde, relatou ser tabagista havia mais de 45 anos, que consumia bebida alcoólica diariamente e possuía história de câncer na família. Tinha diagnóstico médico de câncer de pulmão e estava em tratamento por quimioterapia. A família espanhola caracterizava-se por ser uma família reconstituída; faziam parte dela: a pessoa com câncer, 66 anos; sua esposa, 72 anos; enteada, 28 anos; neta, 11 anos; neta, 10 anos; neto, 7 anos. Residiam em uma propriedade de 10 hectares de terra, e economicamente viviam da venda de lenha e da aposentadoria da pessoa com câncer e sua esposa.

O trabalho, desde cuidar dos animais, retirar e cortar a lenha, era realizado pela pessoa com câncer, a enteada e os netos, sendo a esposa responsável pelo trabalho doméstico. Para retirar a lenha, eles contavam também com

a ajuda de amigos, auxiliando-se mutuamente. Em um dos encontros no domicílio, próximo da residência observou-se que a pessoa com câncer estava cortando lenha, e sua neta de 10 anos estava com ele. Perguntado sobre o que estava fazendo, respondeu: *Preciso trabalhar, tenho que trabalhar (...)*. Fato este importante, pois, no dia anterior, ele havia realizado uma sessão de quimioterapia. Para a pessoa com câncer desta família rural, o trabalho era visto como prioridade, ficando as necessidades de saúde em segundo plano.

O lazer da família era participar de festas e almoços com familiares, amigos, vizinhos, e ir à cidade. Na primeira visita no domicílio, observou-se que, nos cantos da cozinha havia copos com água e um ramo verde dentro. Questionou-se sobre o seu significado, e eles explicaram:

É para purificar o ambiente (Esposa).

Constatou-se que nessa estrutura física e emocional que os membros da família interagiam com outras pessoas, objetos e símbolos. Apesar das condições precárias da moradia, observou-se que tinham este como o local das interações, de fonte de renda, preparo da alimentação, realização do cuidado e da manifestação da espiritualidade. A pessoa com câncer estava vivenciando um processo crônico e o tratamento quimioterápico. Observou-se que o carinho e o amor estavam presentes no cotidiano, pois presenciaram-se momentos em que houve demonstração desse sentimento entre as pessoas dessa família. Constatou-se também a partir dos relatos:

Temos carinho por ele, consideração porque ele ficou com nós e me ajudou a criar a família (...) é próprio, é da nossa família, nosso coração que manda esse carinho, não é ensinado por ninguém, nós somos muito apegados às pessoas. Fico na volta dele, vejo o que ele quer comer, faço a comidinha para ele, sopa. (...) já faço e acrescento para as crianças também, eles gostam (Esposa).

Todos realizavam cuidados à pessoa com câncer, cada qual com sua atividade, mas sempre unidos, como está descrito no relato:

Ela [neta 11 anos] dá o remédio para ele, ela sabe ler, conhece o remédio. Ele [neto 7 anos] é muito amigo dele, ele é o companheiro de sair. Ele sai com ele, pula no carro e ele já está dentro. Ele diz: "Tu não podes ir sozinho vô, vou ir contigo para te cuidar.". Ela é do molho [neta, 10 anos], ela é mais de dar a comida. Ela que faz as gulodices e leva para ele, pão com molho, ela leva para ele: "Olha, vô, o que eu fiz para nós tomar café.", aí ela leva para ele, ele fica louco e come, fora de hora ele come. A [enteada], quando não posso ir eu, toco ela para ir. Ela acompanha ele para ir lá ao hospital e quando ele trabalha no serviço. Todos cuidam um pouquinho" (Esposa).

As pessoas da família espanhola se utilizavam de alternativas como a oração e ir à igreja, a fim de buscarem subsídios que poderiam auxiliá-las no processo de cuidar. A pessoa com câncer e sua esposa diziam serem católicos,

no entanto frequentavam igrejas pentecostais. Além disso, a pessoa com câncer dizia que, antes de adoecer, não frequentava a igreja, e que somente voltou a participar depois que adoeceu, sendo levado por um amigo. Entretanto, a esposa relatou:

Temos muita fé que a ela [pessoa com câncer] vai se curar, ele já está melhorando, está se curando, vamos à Igreja, e vimos muitas pessoas serem curadas. Vão [netos] tudo na volta dele, fazendo prece, orando (Esposa).

Pode-se observar que a fé parece ser um dos fatores que contribuem para potencializar o cuidado, superar os problemas e promover forças na família. É no decorrer do processo de cuidar que as pessoas buscam suporte na fé, colaborando para um enfrentamento positivo das adversidades impostas pela doença e o tratamento.

DISCUSSÃO

As famílias rurais do estudo cuidavam a partir dos valores, crenças e hábitos, que foram construídos com base nas interações entre seus membros, amigos, vizinhos e outras pessoas da comunidade rural. Esses valores são passados entre os indivíduos conforme o contexto de cada um e pelo qual transitam. O carinho, o amor, a proteção, a união, a fé, o estar junto descrevem o cuidar e se constituem como práticas de cuidado das famílias rurais para com a pessoa com câncer. O estar junto na realização do cuidado, aqui caracterizado como um processo proximal é fundamental para mobilizar as pessoas da família para cuidar da pessoa com câncer.

A alimentação constituiu-se como um importante valor e hábito cultural que compunha as práticas de cuidado. As famílias rurais demonstraram preocupação com os cuidados alimentares não somente da pessoa com câncer, mas, também, dos demais que pertenciam ao sistema familiar. Desse modo, o alimento fazia parte de um plano de cuidados para a pessoa com câncer em tratamento quimioterápico, e a família incluía-se neste plano.

Os alimentos não são apenas uma fonte de nutrição e, em muitas sociedades, eles poderiam ser considerados como remédios, a partir de uma gama de significados simbólicos. Acrescenta-se que, além de simbólicos, esses significados, mais do que em outro momento histórico, assumem hoje um caráter científico, o que os classifica como, além de terapêuticos, riscos potenciais à saúde⁽²⁰⁾. Realizar cuidados com a alimentação para manter o organismo em equilíbrio, e assim poder realizar a quimioterapia, é o que foi descrito pelas famílias como demonstração da preocupação dos demais integrantes para com a pessoa com câncer. Portanto, é preciso investigar e conhecer a realidade das famílias, a partir dos hábitos alimentares, valorizando a dimensão simbólica que os mesmos adquirem em sua vida⁽²¹⁾.

As plantas medicinais continuam ocupando lugar de destaque no arsenal terapêutico de muitas comunidades e grupos étnicos, e têm a família como principal fonte de

transmissão e meio de utilização. A adoção de práticas alternativas de cuidado pode favorecer o alcance de melhores resultados no tratamento, e isso é justificado pela crença na ação terapêutica, pois evitam os efeitos colaterais, buscando uma terapêutica que mantenha a integridade do organismo humano⁽¹⁸⁾. As famílias aliaram a terapêutica quimioterápica às práticas populares de saúde. A intervenção científica – a quimioterapia – acompanhada por práticas de cuidado norteadas pelos valores, crenças e hábitos é proveniente das interações – processos proximais – entre pessoas e contextos, com seus objetos e símbolos. Dessa forma, ao se tratar com experiências de saúde/doença, desapropriar as pessoas das concepções e representações arraigadas ao saber cultural – individuais e coletivas – é um processo que pode levar muito tempo para ser modificado.

Ao vivenciar o câncer, as famílias rurais do estudo se defrontaram com situações de sofrimento, vivenciando um processo de liminaridade. Elas procuraram se amparar nos seus valores, crenças e hábitos para cuidar da pessoa doente, lidar com a doença e os efeitos adversos do tratamento. As famílias influenciaram e foram influenciadas pelas pessoas que integraram sua rede social. Isto potencializou o cuidado à pessoa com câncer, no momento em que foi realizado, ou seja, elas possuíam habilidades para lidar com as interações relacionadas com a saúde e a doença.

Constatou-se que a realização das práticas de cuidado estava intimamente ligada com os efeitos adversos da quimioterapia, variando de pessoa para pessoa, independente do contexto, de acordo com os quimioterápicos utilizados para o tratamento. Isso foi evidenciado fortemente na família pomerana, a qual realizava um ritual para cuidar e desenvolver práticas de cuidado com o seu familiar. Nos três dias em que a pessoa com câncer estava no período de crise, sob os efeitos adversos da terapêutica, a família parava de realizar todas as suas atividades de rotina, como, por exemplo, o trabalho na lavoura, o sair para a comunidade, e se voltava para cuidar dela. Cada membro da família desempenhava um papel, mas todos ficavam juntos, ao lado dela.

Dessa forma, nas famílias rurais do estudo, havia ocasiões em que determinadas práticas de cuidado eram intensificadas, e em outras, não. Isso ocorria de acordo com o momento que a pessoa com câncer estava vivenciando. Classificaram-se os momentos de realização das práticas de cuidado como: antes de cada sessão de quimioterapia, as práticas de cuidado se concentravam no microsistema e mesossistema; no momento em que a pessoa com câncer estava recebendo a quimioterapia no Serviço de Oncologia, se concentravam no microsistema; e nos três dias após a quimioterapia (definidos pela família como um *período de crise*), no microsistema e mesossistema (interações de outras pessoas da comunidade) e no macrosistema, porque se utilizam do apoio de organizações não governamentais e assistência psicológica no Serviço de Oncologia.

Os momentos de realização de práticas de cuidado estavam relacionados com os efeitos adversos do tratamento, que eram impactantes e agressivos para todas as pessoas envolvidas nessa situação. Nesse sentido, no sofrimento agudo – *período de crise* –, a família se mobilizava para realizar práticas de cuidado e suprir as necessidades de seu integrante. O cuidar existia e se caracterizava como um cuidado bioecológico, porque se utilizava da rede social, ampliando a ocorrência das interações, melhorando os vínculos, e, conseqüentemente, potencializando o processo de cuidar da pessoa com câncer naquele momento. Além disso, em situações de doença, tanto a pessoa com câncer quanto a família se amparavam nos seus valores, suas crenças e seus hábitos para seguirem a vida e superarem as dificuldades impostas pela doença e os efeitos do tratamento.

A família rural, como parte de um sistema mais amplo, realizava as práticas de cuidado à pessoa com câncer sob a forma de uma trama de relações saudáveis, tornando-se importantes vínculos apoiadores. Dessa maneira, as famílias rurais partem daquilo que ocorre no ambiente imediato da família (microssistema), para o mesossistema, exossistema e macrossistema, e vice-versa, mantendo a reciprocidade no processo de realização de práticas de cuidado, no decorrer de todo o tratamento. Assim, as práticas de cuidado baseiam-se nas experiências vividas pelas pessoas da família ao longo da vida, e estão ligadas aos costumes, valores, hábitos, sofrendo influência e influenciando o contexto sociocultural a partir da construção de uma rede social.

CONCLUSÃO

Ao apresentar as famílias do estudo, a intenção da pesquisadora era: demonstrar as características de cada uma das famílias rurais, de acordo com sua etnia, seu contexto, suas formas de realizar o cuidado à pessoa com câncer; conhecer a dinâmica das práticas de cuidado em um momento de sofrimento, que era o de possuir um familiar com câncer e vivenciar os efeitos adversos da quimioterapia, constatando a necessidade de acompanhamento e

orientação pelo profissional de enfermagem, no decorrer do processo terapêutico.

Verificou-se que as famílias rurais se apresentaram fortalecidas, manifestando muito mais potencialidades do que fragilidades no cuidado realizado por elas. Embora estivessem vivenciando uma situação de sofrimento, do diagnóstico ao tratamento as famílias se mobilizaram para dar suporte à pessoa, e com isso se reorganizaram e distribuíram as funções para a realização de práticas de cuidado e de suas atividades cotidianas.

As crenças e hábitos inseridos nas práticas de cuidados das famílias rurais que vivenciavam o câncer correspondiam ao viver envolvendo todas as pessoas da família no cuidado à pessoa com câncer, independente do contexto em que estavam inseridas. Dessa forma, interagindo e intensificando o cuidado em momentos de crise, a família procurava preservar, adaptar, ter responsabilidade, ter uma alimentação saudável, utilizar plantas medicinais e ter fé, como práticas de cuidado à pessoa doente. A família volta-se internamente para atender necessidades individuais de seus membros e para se fortalecer como sistema. Ao mesmo tempo, sentia necessidade de estabelecer interações com as demais pessoas e instituições na comunidade, para cuidar de seu familiar – a pessoa com câncer.

Portanto, é relevante que a enfermagem considere o contexto das práticas de cuidado, devido ao vínculo cultural e às interações que as pessoas estabelecem ao longo do tempo com os ambientes, para realizar o cuidado. Assim, as crenças, os hábitos e os valores são transmitidos na unidade familiar, entre as diferentes gerações, envolvendo não somente a transmissão de conhecimento, mas também características sociais do contexto rural. Todo esse conhecimento faz parte do cotidiano das famílias rurais estudadas, que possuem o desejo de preservar a interação com pessoas, objetos, símbolos, e o contexto, para cuidar de seus membros e do próximo. Destaca-se que esses fatores precisam ser considerados como importantes pelos profissionais de saúde, quando avaliam, realizam e prescrevem práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Resta DG, Budó MLD. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. *Acta Sci Health Sci*. 2004;26(1):53-60.
2. Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol Estudo*. 2008;13(2):231-7.
3. Trincaus MR, Corrêa AK. A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):44-51.
4. Fontes CAS, Alvim NAT. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(1):77-83.
5. Muniz RM, Zago MMF. The oncologic radiotherapy experience for patients: a poison-drug. *Rev Latino Am Enferm*. 2008;16(6):60-6.
6. Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadoras. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: UDUEM; 2004. p. 19-28.
7. Zillmer JGV, Schwartz E, Ceolin T, Heck RM. A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. *Rev Enferm UFPE OnLine*. 2009;3(3):319-24.

8. Narvaz MG, Koller SH. Famílias, gêneros e violência: desvelando as tramas da transmissão transgeracional da violência de gênero. In: Strey MN, Azambuja MPR, Jaeger FP. Violência, gênero e políticas públicas. Porto Alegre: EDPUCRS; 2004. p. 149-77.
9. Schwartz E. O viver o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo Sul do Brasil: uma perspectiva ecológica [tese doutorado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
10. Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental process. In: Damon W, Sigel IE, Renninger KA, editors. Handbook of child psychology. New York: John Wiley & Sons; 1998. p. 993-1027.
11. Ceconello AM, Koller SH. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo com famílias em situação de risco. In: Koller S, organizadora. Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 271-94.
12. Gil A C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Wright L, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2009.
15. Denardin ML. A família rural e os cuidados em saúde. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: EDUEM; 2004. p. 65-7.
16. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
17. Pinheiro CPO, Silva RM, Mamede MV, Fernandes AFC. Participating in a support group: experience lived by women with breast cancer. Rev Latino Am Enferm. 2008;16(1):733-8.
18. Barbosa RCM, Ximenes LB, Pinheiro AKB. Mulheres mastectomizadas: desempenho de papéis e de redes sociais de apoios. Acta Paul Enferm. 2004;17(1):18-24.
19. Budó MLD, Saupe R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2005;14(2):177-85.
20. Helman C. Cultura, saúde e doença. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
21. Souza AC, Lopes MJ. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):52-6.