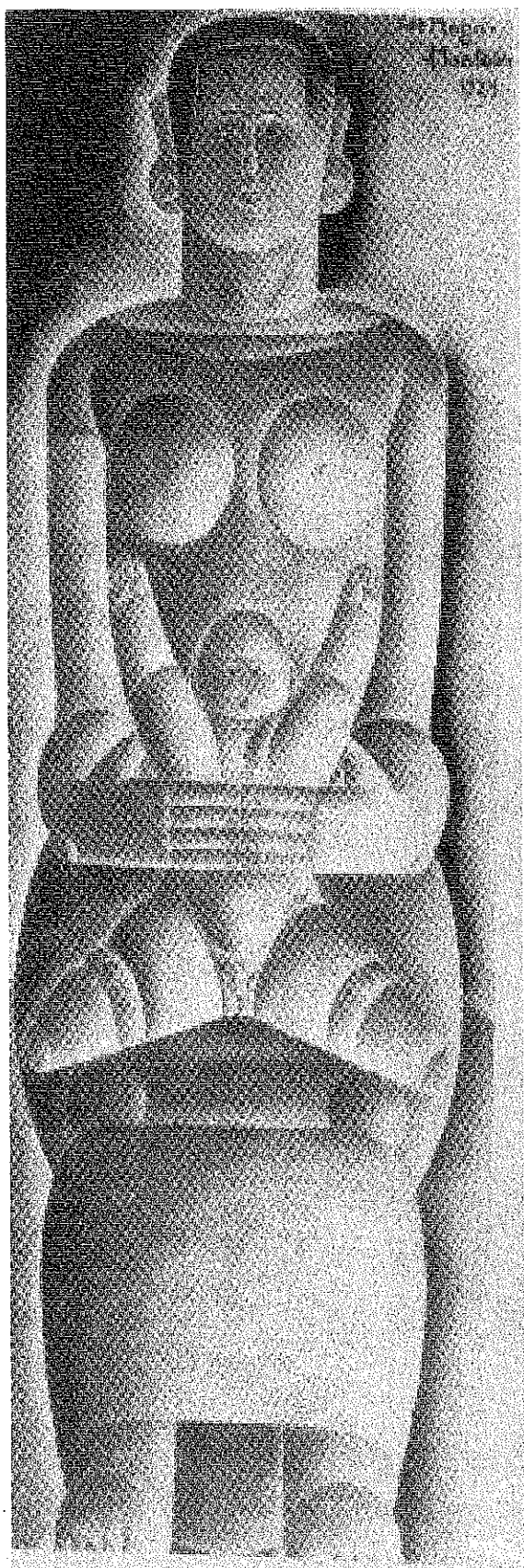




Raquel A. de Oliveira

MULHERES DE ALUMÍNIO:

Representações Sociais
sobre o Câncer de
Mamas e suas
contribuições para o
ensino de Enfermagem.

Mestrado em Educação de Ciências
Universidade de Sorocaba - 2000

UNIVERSIDADE DE SOROCABA
PRÓ- REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

MULHERES DE ALUMÍNIO:
representações sociais sobre o câncer de mamas
e suas contribuições para o ensino da enfermagem

Raquel Aparecida de Oliveira.

Marcos Reigota

Dissertação apresentada à Banca
Examinadora do Programa de Pós-
Graduação em Educação da Universidade
de Sorocaba, como exigência parcial para
obtenção do título de Mestre em Educação.

Sorocaba/SP

Março/2000

Capa

Ilustração: "Madona e Menino", tela de Vicente do Rego Monteiro(1924)

	T
Class	616.9944 9
	0.51 cm
	2000 e.2
Acervo:	55594

restrito mestrado

Oliveira, Raquel Aparecida de

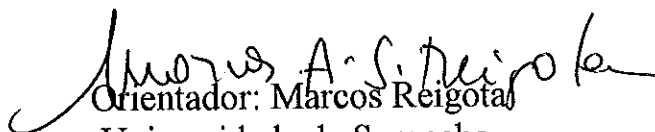
Mulheres de Alumínio: representações sobre o câncer de mama e suas contribuições para o ensino da enfermagem. Sorocaba, 2000
99 p.

Dissertação.(Mestrado em Educação de Ciências).

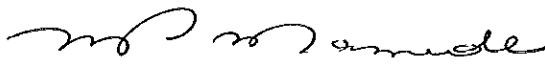
1.Câncer de Mama.-2.Educação em Saúde- 3.Saúde-Mulher-Alumínio. I. Título

MULHERES DE ALUMÍNIO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CÂNCER DE MAMAS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O ENSINO DA ENFERMAGEM

Dissertação aprovada como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre no Programa
de Pós - Graduação em Educação da Universi-
dade de Sorocaba, pela Banca Examinadora
formada pelos seguintes Professores:


Orientador: Marcos Reigota
Universidade de Sorocaba


Maria Helena T. Ciampone
Universidade de São Paulo-SP


Marli Villela Mamede.
Universidade de São Paulo
Ribeirão Preto

Sorocaba, 20 de março de 2000.

*À você, Roque de Oliveira (em memória) meu querido e
amado pai, que na sua dor, tanto me ensinou.*

AGRADECIMENTOS

É muito difícil expressar agradecimentos, pois, são tantas as pessoas que passaram pela minha trajetória, que com certeza, não será possível completar esta lista.

- ao meu querido orientador Marcos Reigota, “Cidadão do Mundo”, cuja contribuição foi além deste trabalho, sua competência e seriedade enquanto professor e pesquisador não dissociaram o calor amigo, e me deu o direito de ousar ;
- as professoras Maria Helena T. Ciampone, Marli Vilela Mamede e Eni de Jesus Rolim, pelas contribuições e pelo cuidado e seriedade com que trataram este trabalho;
- à professora Dulce Gualda, pelas suas contribuições, incentivo e carinho com que acolheu-me;
- à Paula, que sempre presente, compartilhou deste trabalho. Obrigada pelas leituras, revisões e correções;
- ao Sérgio Antônio, que partilhou parte desta trajetória, pelo carinho, paciência, incentivo e apoio incondicional;
- aos colegas da 2^a turma do mestrado, que juntos partilhamos tantas dúvidas e aprendizado;
- aos amigos do grupo de orientação, pelas discussões e contribuições;
- às mulheres de Alumínio, que participaram dos grupos, que possibilitaram dar a este trabalho um outro olhar;

- aos colegas do Centro de Saúde de Alumínio, pelo carinho, apoio e incentivo;
- ao Dr. Eno e a senhora Benedita, pela acolhida e contribuições que tanto enriqueceram este trabalho;
- aos alunos do curso de Enfermagem da PUC-SP, que instigaram a minha reflexão sobre o ensino e as contribuições trazidas para esta pesquisa. Obrigada à todos. Em especial à Elenice
- à Cherry, que durante todo o tempo, esteve ao meu lado e se mostrou uma grande companheira.

À minha mãe Irene e aos meus irmãos, Alex, Adilson, que juntos compartilharam momentos tão difíceis.

RESUMO

PREÂMBULO

RAZÕES DE SER.....	10
--------------------	----

I. O PERCURSO METODOLÓGICO.....14

1.O REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
------------------------------	----

2. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	17
---	----

3. PROCEDIMENTOS.....	18
-----------------------	----

3.1 História de Vida.....	18
---------------------------	----

3.2 Imagens.....	19
------------------	----

3.3 Os Grupos Focais – Um eco das Representações Sociais.....	19
---	----

3.3.1 As Mulheres – Sujeitos do Estudo.....	20
---	----

3.3.2 A análise.....	23
----------------------	----

II. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....26

1. A HISTÓRIA DE ALUMÍNIO NA FALA DE ALGUNS PERSONAGENS.....	26
---	----

2. O QUE SE FALA SOBRE O CÂNCER DE MAMA.....	35
--	----

2..1 A fala dos especialistas.....	35
------------------------------------	----

2.2. O discurso da mídia.	43
--------------------------------	----

2.3. A fala das mulheres.....	49
-------------------------------	----

O corpo misterioso; não é comigo; a falta de tempo; a vergonha;
o sintoma da dor como alerta; o tocar-se; o câncer; o medo; o
significado das mamas para as mulheres; a linguagem; a
responsabilidade; um canal aberto.

III. PROPOSTAS PARA O ENSINO DA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMAS PARA AS ALUNAS DE ENFERMAGEM DA PUC-SP.....	64
---	----

IV. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	69
-------------------------------	----

BIBLIOGRAFIA.....	72
-------------------	----

ANEXOS

1. O auto-exame das mamas
2. Os grupos focais

IMAGENS

1. Metade da Década de 70: Vista das Torres de Alta Tensão.....30
2. Galetto promovido em Prol das Crianças necessitadas de Alumínio em 22/10/1972.....31
3. Desfile das Crianças no Dia Nacional do Catecismo – 1962.....33
4. Movimento de Emancipação de Alumínio. Presença marcante das mulheres.....34
5. Imagens da Mídia41;44;45;46;48

OLIVEIRA, Raquel A. (2000) - **Mulheres de Alumínio: representações sociais sobre o câncer de mamas e suas contribuições para o ensino da Enfermagem**. São Paulo. 99 p. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade de Sorocaba - UNISO/SP.

RESUMO

O câncer de mama é uma doença que afeta profundamente a vida das mulheres. Por envolver o estigma da morte, traz repercussões negativas; como a angústia e a certeza inexorável da dor. Este caráter cultural colabora para a negação da doença e consequentemente a fuga do tratamento. O auto-exame de mamas consagra-se pela sua importância na detecção precoce do câncer, uma vez que o estágio da doença implicará o tipo de tratamento. Neste trabalho identifiquei as representações sociais sobre o auto-exame de mamas, presentes nas falas das mulheres de Alumínio, a partir de minhas vivências como enfermeira da saúde da Mulher. Utilizei o referencial da Teoria das Representações Sociais, uma vez que ela preserva a dimensão social como um elemento essencial na construção do pensamento e propõe uma relação entre o conhecimento e o comportamento coletivo. Para conhecer um pouco de Alumínio, busquei a fala de alguns personagens que participaram da sua história, a fim de estabelecer correlações entre os valores e imagens sobre esta cidade e as representações das mulheres sobre o processo saúde-doença. As conversas, que aconteceram em grupos, constituíram o foco de análise. Selecionei a fala de alguns especialistas e discursos da mídia, para perceber o contexto maior de idéias que ligam-se ao tema em estudo. De maneira geral, as falas mostraram que as representações atribuídas ao câncer de mamas permeiam o medo e o desconhecimento do corpo, resultantes de uma construção social atribuída a alguns fatores como: distorções de informações, hegemonia do saber técnico-científico, processo de transferência da responsabilidade de sua própria saúde ao médico, relações de gênero e poder. Concluo apontando para a necessidade da desconstrução de representações, sobre o câncer de mamas, que distanciam a mulher da adesão à prática do auto-exame e para a necessidade de espaços de diálogos entre mulheres e enfermeiras, para que possam ser construídas representações qualitativamente significativas em relação ao câncer de mamas e às concepções que a mulher tem de si mesmas. Espero que na formação das enfermeiras, sejam contempladas questões que possibilitem esta relação dialógica.

Palavras -chave: câncer de mamas, educação em saúde, saúde-mulher-Alumínio

PREÂMBULO

Falar de câncer é tocar em certos sentimentos que, enraizados, transformam-se em medo e nos torna distante; é olhar-se no espelho e ver-se no outro e vê-lo em si. É tocar o outro e sentir a terminalidade dos sonhos chegada de forma silenciosa, porém implacável. Aos poucos, o câncer leva-nos a força, o brilho e, como um fantasma, perturba todos os nossos momentos....um processo lento, duradouro, cruel que revela nossos limites, suplanta-os, transforma-os na medida em que paramos e temos um outro olhar para a vida.

Pensar sobre câncer deveria nos transformar, isto é, fazer-nos pensar profundamente no significado da vida, e, assim, não correremos o risco de vivenciá-lo apenas como dor e perda. O olhar triste, a fala calada, a exorcizar a força do estigma doença fatal e a receber cada dia, cada momento vivido como um milagre conquistado e merecido. O câncer suscita-nos a pensar na forma como ocupamos o espaço nesse mundo, na nossa individualidade, carmas e culpas, pela indução das células que corroem o corpo, da vida que levamos, daquilo que nos alimenta, do ambiente em que vivemos, do que foi trazido de dentro e de fora de nós mesmos.

A luta diária, os medicamentos na tentativa de cura, expondo o nosso corpo a mudanças doloridas que tocam a nossa alma. Vivenciar o câncer é transformador em todos os sentidos. Questionamos quanta vida ainda teria para viver, quanta esperança estremecida pela dor, pelo medo. Pensar no câncer não é só pensar na doença, mas sobretudo, na prevenção; é um chamado para se pensar na vida, com dimensões humanísticas, subjetivas, sociais. É redescobrir velhos sonhos, inflá-los de esperança novamente, com a certeza de que, agora, nenhum empecilho conveniente os vencerá, nenhum comodismo ou covardia os impedirá de torná-los reais. O que me levou estar nesta história, falar de câncer para vocês?

Talvez a minha busca em tentar compreender a vida, a morte, a dor, a perda. Nesse meu caminho, vi o câncer no paciente anônimo que ocupa um não-lugar num mundo hospitalar asséptico e frio, no olhar revelador da mulher, na criança tão esperada e amada que pouco viveu, na amiga tão especial que transcende a doença e no meu pai, mestre de obras, mestre da vida...

Falar de câncer é sensibilizar-se para a vida.

I. RAZÕES DE SER

Este trabalho é a concretude de um dos sonhos de minha vida. Revela a busca e o encontro com um amadurecimento intelectual e emocional, a partir de práticas vivenciadas no cotidiano. Transcende a uma exigência acadêmica. Expressa mais um passo de uma grande caminhada da minha vida.

Enveredo-me na busca de minhas lembranças, traçando um fio da minha história e do meu contexto atual.

Ao nascer, surge o enfrentamento de um estigma social, devido a uma má formação de palato, que me roubou a oportunidade de um convívio na pré-escola. No início da minha alfabetização, por não representar o esperado pelos professores, diretor, colegas e funcionários da escola, fui muitas vezes marginalizada. Hoje posso compreender as dificuldades e a inexperiência de todos para lidarem com minha situação, e, sozinha, aprendi a conquistar meu espaço.

Minha infância foi marcada por uma série de intervenções médicas e de hospitalizações, que passaram a fazer parte de minhas brincadeiras como às de hospital e de escolinha. Lembro-me, muito bem, da lousa preta, pequena e usada, trazida pelo meu pai de uma reforma que ele tinha feito. Passava horas dando minhas primeiras lições aos meus amigos imaginários, sonhando com o dia em que eu pudesse ir à escola.

No ensino médio, freqüentei o curso noturno em uma escola pública; era uma aluna trabalhadora, apesar dos alunos não terem grandes perspectivas, além de conseguir um certificado de conclusão.

Encorajada por um professor de biologia, busquei e enfrentei o desafio de entrar no ensino superior.

Minhas visitas a comunidades carentes, orfanatos e hospitais, durante a minha adolescência, influenciaram também a minha opção pela enfermagem. Um caminho que me aproximaria das pessoas e uma profissão que oferecia várias áreas de atuação. Poderia cuidar e ensinar..

Tinha interesse em trabalhar com saúde pública, pois, não concebia as pessoas adoecerem e sofrerem, em situações que poderiam ser evitadas pela prevenção.

Em São Roque, onde nasci e residia, em 1984, com a implantação dos serviços básicos de saúde, participei de um curso de promotor de saúde, realizado pela prefeitura. Foi meu primeiro contato com a saúde pública.

Neste mesmo ano ingressei no curso de enfermagem na PUC-SP, Campus Sorocaba, era aluna bolsista.

Prevalecia nas disciplinas de enfermagem a humanização para com os pacientes, disciplinas de conteúdo social, filosófico, teológico e antropológico. Contudo, nas disciplinas básicas, deparei-me com um discurso médico arrogante e pretensioso que colocava o curso de medicina como superior ao de enfermagem. Estava revoltada e descontente e ao término do primeiro ano, ingressei na Universidade de Campinas (UNICAMP).

Durante a graduação em enfermagem participei de alguns projetos ligados à comunidade como o Projeto Catarata do Núcleo de Prevenção da Cegueira; auxiliei pesquisas na medicina preventiva e em outras que trabalhavam com orientação de gestantes, e fui monitora de fisiologia. Cursei disciplinas da licenciatura e fiz estágios extra- curriculares no período de férias em várias áreas, onde tive o meu primeiro contato com câncer, na Unidade de internação de Oncologia do CAISM – Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Identificava-me, cada vez mais, com a enfermagem e cheia de ideais, eu e algumas colegas, persistíamos em ir além do contexto tecnológico resgatando o indivíduo dentro da sua realidade. Como alunas, tínhamos muito mais acesso aos pacientes, podíamos e éramos muito criativas. No Hospital das Clínicas da UNICAMP, pudemos vivenciar oportunidades de humanização em outras áreas, como na música, que de forma tão prazerosa contribuía para a terapêutica do paciente. O professor de propedêutica fazia mágicas e trazia à tona sorrisos das crianças e adultos.

Quando terminei a graduação retornei a minha cidade de origem e ingressei na prefeitura como enfermeira. Neste mesmo ano, fiz o curso de especialização em saúde pública que era oferecido pela Universidade de Ribeirão Preto na cidade de Sorocaba. Desde então, atuei em vários programas: a saúde do escolar, programa de assistência integral ao adolescente e, saúde da criança e da mulher. Participo dos dois últimos até hoje.

A necessidade de ir além da assistência e um envolvimento maior com a educação levaram-me à docência: curso de formação de auxiliar de enfermagem (nível de 1º grau), cursos de enfermagem e medicina no Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC -

São Paulo e o meu ingresso no Mestrado em Educação de Ciências na Universidade de Sorocaba – SP.

Meu envolvimento com a saúde da mulher e em especial com as mulheres de Alumínio, trouxe –me preocupações quanto à questão do câncer de mama.

Trata-se de uma doença cuja detecção precoce, em parte, passa pelas mãos da própria mulher, pelo auto-exame. Se a doença for descoberta em um estágio inicial, a mama será preservada, os riscos de disseminação para outros órgãos, como pulmões, cérebro, ossos, serão reduzidos, aumentando a sobrevida e a qualidade de vida. O câncer de mama é tratável por cirurgias, radioterapia, quimioterapia e terapia hormonal e, frequentemente, é curável quando descoberto em fases iniciais, mas, para isso, é necessário uma vontade política que deve traduzir-se em propostas concretas e acessíveis e um envolvimento da mulher com sua saúde.

KASL (apud Gimenes, 1974) definiu o comportamento preventivo como qualquer conduta adotada por uma pessoa que se acredita saudável, com o propósito de prevenir doenças e detectá-las em um estágio ainda assintomático ou precoce.

Os dados epidemiológicos do câncer demonstram que este é um problema mundial. No Brasil, em 1999, estima-se que 7300 mulheres morreram em razão do câncer de mamas, segundo dados do INCA (Instituto Nacional do Câncer). O número de casos estimados representam a ocorrência de um novo caso a cada 17 minutos.

O Instituto Nacional do Câncer e o Hospital do Câncer A . C. Camargo de São Paulo estimaram para o ano de 1998, um total de 32.695 casos de câncer de mama, 21.725 casos de câncer de colo, 20.665 de estômago e 20.000 casos de câncer de pulmão nas mulheres.

A incidência do câncer de mama vem aumentando em relação ao câncer de colo de útero, que vem diminuindo. Nos últimos quinze anos, 55% dos casos de câncer detectados na região de Sorocaba –SP (referência de tratamento para o município de Alumínio), estavam no estágio 3, ou seja, com mais de 5 cm. Há dez anos, a situação vem mudando e atualmente 40 % dos casos são descobertos no estágio 2, ou seja, com 2 até 5 cm, e 10 % a 15 % no estágio 1, com até 2 cm.

Na mídia em geral, o assunto do câncer tem sido abordado a partir de pessoas famosas que foram acometidas pela doença: Linda McCartney, falecida em 17 de maio de 1998, com 56 anos, com câncer de mamas, Octávio Paz, Prêmio Nobel de Literatura de 1990, falecido em 19 de maio, aos 84 anos com câncer ósseo, no México e o cantor Leandro com um tumor

no mediastino. A população em geral envolveu-se e compartilhou com o doente e família o sofrimento e durante semanas, publicou-se farto material sobre o câncer .

O câncer, seja em homens ou mulheres, crianças, jovens ou idosos, famosos ou anônimos, configura-se na complexidade de conhecimentos já dominados e outros ainda desconhecidos e também reveste-se de sentidos diferentes. Predomina contudo, as conotações negativas da doença muito mais ligadas aos aspectos curativos.

A mídia enfatiza no câncer o seu aspecto “sombrio” e também as últimas novidades, científicas ou não, que prometem sua cura.

O Programa de Controle do Câncer de Mama ainda não tem a mesma extensão do Programa de Controle do Câncer Cérvico Uterino, logo há um grande desconhecimento da população em relação à existência de ações para o diagnóstico precoce. A falta de um exame rotineiro das mamas por profissionais de saúde, a orientação e o ensino do auto-exame das mamas ainda não são práticas adotadas em muitos serviços de saúde, o que caracteriza as ações muito mais voltadas para as práticas curativas do que preventivas.

Poucos estudos têm levado em consideração o auto exame de mamas. Os que existem privilegiam a frequência, deixando de lado a qualidade, e, conseqüentemente, o poder de detecção do exame realizado. (Gimenes, 1997).

Dentro da área específica de pesquisa em oncologia, destacam-se estudos sobre reconstrução mamaria, e quando se fala de prevenção ela é vinculada à técnica do auto-exame. (Anexo 1)

Há necessidade de buscar subsídios para uma melhor compreensão dos fatores diretamente implicados aos comportamentos preventivos de saúde, como o auto exame de mamas, para que intervenções profissionais envolvidas no processo sejam mais impactantes. Esta preocupação levou-me a pensar na importância de compreender o processo de construção de conhecimento e dos sentidos atribuídos ao auto-exame de mamas nas mulheres, particularmente as que vivem no município de Alumínio. Este tipo de abordagem, poderá ampliar os conhecimentos dos trabalhos educativos de prevenção, de campanhas e mudança de paradigma dos profissionais envolvidos, principalmente, no que diz respeito a formação das enfermeiras que tem um papel importante neste contexto.

Meu embasamento teórico é a Teoria de Representações Sociais, uma vez que ela permite que se equacionem as cognições e as representações dos objetos sociais por parte do grupo social para os quais está voltada a intervenção.

I. O PERCURSO METODOLÓGICO

"...a pesquisa envolve uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente."

(Minayo, 1992:23)

A metodologia utilizada nesta pesquisa levou em conta algumas aproximações do tema em contextos diferentes.

- O câncer de mama na contemporaneidade com olhar para a produção científica na enfermagem e a abordagem realizada pela mídia.
- O câncer de mama pela fala das mulheres de Alumínio.
- O câncer de mama no contexto de ensino para as alunas do curso de Enfermagem da PUC-SP.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

No percurso desta pesquisa utilizei a Teoria das Representações Sociais, que teve como objetivo compreender o processo de construção do conhecimento e dos sentidos atribuídos ao auto-exame de mamas nas mulheres, particularmente as que vivem no município de Alumínio.

A pesquisa em Representações Sociais, estando comprometida com situações sociais naturais e complexas, requisito imprescindível para que sejam acessadas as condições de sua produção, é necessariamente qualitativa.

A abordagem qualitativa compõe, em grande parte, o cenário das pesquisas em enfermagem e educação, uma vez que envolve aspectos das ciências sociais que depende essencialmente da observação da interação entre as pessoas em seus próprios espaços através da sua própria linguagem.

A opção pela pesquisa qualitativa caracteriza o quanto compartilhamos com os participantes todos os problemas e possibilidades de atribuição de sentido. Exige, portanto, que reflita-se sobre questões como o rigor, validação e implicações éticas. Nesta reflexão, trago uma reconceituação citada por Spink (apud Gimenes, 1997)

Indexicalidade

Refere-se a situacionalidade, ou o vínculo com o contexto, ou seja, o sentido muda à medida que a situação muda.

O pesquisador então tem a responsabilidade de descrever e explorar plenamente o contexto de pesquisa.

Neste sentido, o pesquisador busca a combinação de métodos heterogêneos, capazes de trazer resultados contrastantes ou complementares que possibilitem uma visão ampla do fenômeno em estudo, afirmando-se na busca da credibilidade.

• Inconclusividade

Refere-se a complexidade dos fenômenos sociais e a impossibilidade de controlar todas as variáveis que interferem. Quando se pesquisa no campo social, não é possível generalizar, como se faz na pesquisa em laboratório, pois nesta a seleção controlada das variáveis ou a sua padronização excessiva compromete a aproximação com a realidade e com a compreensão do sentido das informações obtidas.

Na pesquisa qualitativa a compreensão do significado do fenômeno numa situação particular é útil para a compreensão de fenômenos similares em situações similares, podendo trazer inúmeras possibilidades de sentidos, embora a generalização, vista como conteúdo fique comprometida.

• Reflexividade

Implica a problemas que possam surgir no processo de interpretação e da interferência que possa ocorrer pela presença do pesquisador nos resultados da pesquisa.

A discussão que se coloca sobre a reflexividade envolve a questão da neutralidade do pesquisador. Becker (apud Santos, 1989:79), parte do pressuposto de que não é possível estudar com neutralidade a sociedade, e que, portanto, havendo sempre mais do que uma opção de valor, o sociólogo logo tem de tomar posição e tem de estar consciente da posição que toma.

Na pesquisa qualitativa torna-se um recurso a mais, pois, possibilita explorar a influência da subjetividade do pesquisador(a) na estruturação da própria pesquisa, trazendo um acréscimo à objetividade dos resultados da investigação.

Implicações éticas

A relação entre pesquisador e participantes passa a ter três cuidados éticos essenciais da pesquisa qualitativa: os consentimentos informado, a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes.

- **Consentimento informado**

Obter o consentimento informado por parte dos participantes da pesquisa constitui uma exigência de órgãos financiadores de pesquisa. Este consentimento é um acordo inicial que garante a colaboração flexível em diferentes momentos, uma vez que o processo de participação da pesquisa traz novas interpretações sobre a pesquisa, sendo fundamental estar explícito a possibilidade de desfazer o acordo, sem que isto cause qualquer tipo de prejuízo ao sujeito ou grupo pesquisado.

Deve deixar claro a transparência dos objetivos da pesquisa, procedimentos e quanto aos direitos e deveres de todos envolvidos no processo de pesquisa.

- **Anonimato**

Implica na revelação de informações sem que estas possibilitem a identificação dos participantes.

- **Resguardo nas relações de poder abusivas.**

É o estabelecimento de uma relação de confiança em que é assegurado aos participantes o direito de não resposta, a não revelação ou revelação velada, com o direito para desligar o gravador.

Do ponto de vista do pesquisador, é ter a sensibilidade quanto aos limites apropriados da revelação, zelando para que a curiosidade seja controlada pelo princípio do respeito à intimidade do participante.

2. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O estudo das representações sociais tem seu início com Émile Durkheim, um dos fundadores da sociologia, que procurou discutir a importância das representações sociais dentro da coletividade.

Contemporaneamente, Serge Moscovici (apud Reigota 1997:69), é o primeiro cientista a utilizar o conceito de representação social, para este autor, as representações recebem o adjetivo de “sociais”, com a publicação na França de sua pesquisa: *La Psychanalyse: Son image et son publique*.

Segundo Moscovici (apud Reigota 1997:69) a função específica que elas desempenham na sociedade seja qual for, a de contribuir para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais.

As Representações Sociais manifestam-se em palavras, sentimentos e condutas que se institucionalizam, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e comportamentos sociais (Minayo, 1995:108).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) tornou-se interdisciplinar. Na produção científica brasileira a utilização da TRS, destaca-se pela sua aplicação em vários campos, não limitando-se apenas por parte da psicologia social.

Na área de saúde e educação, a TRS tem sido um instrumento valioso de intervenção, pois, permite que se revelem as representações de objetos sociais por parte dos grupos sociais para os quais a intervenção está voltada, permite ainda confrontar diferentes representações em relação a um objeto social.

O câncer ilustra entre outros temas, que as relações interpessoais do dia-a-dia, prendem a atenção, o interesse e a curiosidade das pessoas, demandam sua compreensão.

Na área específica de câncer de mama, no Brasil, algumas autoras tem trazido contribuições importantes, com ênfase no enfoque psicossocial, utilizando a TRS em seus estudos, são elas: Gimenes (1997); Spink (apud Gimenes 1997); Schulze Nascimento (apud Spink 1997).

Uma vez que as representações constituem-se de informações, imagens, opiniões, crenças, descrevo a seguir os procedimentos que enfoquei para o acesso e análise das representações sociais.

3. PROCEDIMENTOS

3.1. História de Vida

“Como pressuposto, a história de vida implica em percepções do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado.” (Mechy, 1998:13)

A História de Vida entra em cena neste contexto em duas situações .

a) A primeira permeia as entrelinhas , identificando-me como a personagem, que vai surgindo a partir de minhas vivências pessoais e profissionais, fatos, sentimentos que como um fio vão se misturando ao processo de auto conhecimento, percepções e representações que foram sendo revelados nesta busca presente.

Reigota (1999:70) ressalta a importância deste ato, contribuindo para com a própria validação da pesquisa, situando o pesquisador no contexto do tema abordado quando diz que a (s) identidade(s) do pesquisador no momento em que está realizando a pesquisa é de extrema importância, no sentido de que é como ele se auto identifica em relação as questões que quer abordar e como ele é identificado pelo(s) seu(s) interlocutor(es), sugerindo que o resultado do seu trabalho poderá ser validado e digno de crédito.

b) A segunda surge da opção em resgatar a História de Alumínio, nasceu da necessidade de abordar as representações sociais em um contexto real, resgatando o vivido e os aspectos culturais a fim de interpretá-las.

Os dois atores sociais envolvidos no contar a história de Alumínio, foram escolhidos a partir de indicações das próprias mulheres, dada a legitimidade de ambos estarem envolvidos e ter contribuído no processo histórico da cidade.

A personagem feminina traz o olhar de uma mulher simples que vivenciou todo o processo de mudanças sócio - culturais do município. O homem, médico, resgata a questão de como era dada atenção à saúde dentro do contexto de crescimento da cidade.

As entrevistas foram transcritas e editadas de forma a preservar os termos por eles utilizados preservando assim o sentido intencional dado pelos entrevistadores tendo em vista o propósito de contextualização das mulheres no município.

3.2 Imagens

“Conjuntamente precisamos dar importância que as representações sociais presentes e difundidas através das imagens gráficas e visuais ocupam no cotidiano atual, e como elas devem estar presentes nos processos educativos”. (Reigota, 1999:109)

Ampliando os contextos onde as representações sociais são ancoradas, procurei analisar como a mídia tem abordado o tema câncer de mama.

Reigota (1999:114) considera que as imagens trazem de forma implícita e/ou explícitas discursos, visões de mundo, refletindo e alimentando o senso comum. Neste sentido, as imagens codificam ou decodificam discursos, aqui entendidos como representações que aglutinam adeptos, criticam opiniões, sentimentos, informações, conhecimentos de pessoas e grupos sociais, sobre os mais variados assuntos.

Neste sentido utilizei revistas e jornais de ampla circulação, notícias de TV, folhetos de orientação, campanhas, e publicações científicas. Muito desses materiais cedidos como contribuição de amigos e alunos, que contemplei neste trabalho, pois, traz o pensamento do cotidiano para a discussão e ainda o interesse espontâneo pelo tema.

A utilização de vídeo com entrevistas de especialistas, foram escolhidos por constituírem parte do acervo de material didático disponível na PUC e UNISO.

3.3 OS Grupos Focais – Um Eco das Representações Sociais

“As representações são resultados de um contínuo burburinho e um diálogo permanente entre indivíduos, um diálogo que é tanto interno quanto externo, e durante o qual ecoam ou são complementadas”. (Moscovici, apud Spink, 1995:99)

Segundo Basch 1987 (apud Ciampone, 1998 :5), “a entrevista de grupo focal constitui-se numa técnica de pesquisa qualitativa utilizada para obter dados sobre sentimentos e opiniões de pequenos grupos de participantes acerca de determinado problema, experiência, serviço ou outro fenômeno”.

Na área de Saúde, o mesmo autor cita diversos exemplos da utilização da referida técnica destacando-se os campos de educação em saúde e do planejamento de programas de

alcance nacional ou local onde é necessária uma maior compreensão dos comportamentos ou valores de determinados grupos populacionais.

Pichon-Rivière (apud Quiroga, 1985:26) cita a utilização de técnicas grupais, pois, estas permitem ao indivíduo assumir o seu papel de protagonista da aprendizagem de sua realidade, com o resgate de suas potencialidades, de sua história, sua cultura e identidade.

Os grupos focais reúnem diferentes atores num espaço de investigação que propicia a reflexão crítica sobre o cotidiano; permite observar os pontos consensuais e as divergências; além de ser um momento de levantamento de dados da investigação, permite um espaço para a formulação de dúvidas e esclarecimentos para as mulheres.

3.3.1 As mulheres – Sujeitos do Estudo

Na minha convivência com as mulheres de Alumínio, passei a ser uma referência nas ruas, em conversas informais, pelo telefone; as mulheres me perguntavam sobre as formas de prevenção do câncer mamário, suas causas e formas de tratamento, carregadas de medos, crenças, representações e sentimentos de culpa.

Como o maior questionamento vinha das funcionárias da prefeitura, busquei um caminho que permitisse a participação dessas mulheres e pensando na possibilidade de revelar suas representações quanto ao câncer de mamas, estimulá-las a fazer o auto-exame, tornando-as multiplicadoras do conhecimento para as demais mulheres do município. Organizei, em comum acordo com a prefeitura, uma série de encontros de orientações de grupos e também um agendamento que garantia a consulta no centro de saúde, tanto no horário de expediente como no seu final.

A partir de listas fornecidas pelos recursos humanos e após a autorização do prefeito, os encontros foram organizados por setores de trabalhos. Assim foram realizados de janeiro a agosto de 1998, 3 encontros (com funcionárias do setor administrativo, professoras da pré-escola e com as merendeiras) dos quais participaram 36.

As mulheres receberam convite individual. O primeiro grupo aconteceu em 08/01/98 às 16:00 horas, com duração de 50 minutos, no Centro de Saúde. Havia 10 participantes com idades aproximadas entre 20 e 56 anos. Nesta ocasião, contei com a colaboração e

participação de uma colega do curso de mestrado, Eneida Maria Molfi Goya, que deu suas contribuições no sentido de observar e registrar as falas e os comportamentos não verbais.

O segundo grupo encontros aconteceram no dia 30/04, com as professoras das escolas municipais, sendo um entre 11:00 e 12:00 horas e outro entre 13:00 e 14:30 horas. Participaram 8 professoras por grupo com idades entre 20 e 40 anos. O local escolhido foi a escola da Vila Industrial, onde elas participavam de uma reunião.

O terceiro grupo aconteceu já pelo interesse e procura espontânea das merendeiras, que devido ao meu período de férias e posteriormente o período de férias escolares, só pode acontecer em 27/08, com a participação de 10 mulheres, no Centro de saúde, com faixa etária entre 30 e 50 anos. Nesta ocasião, pude contar com a participação da enfermeira Rosemary Pezzotta, que se especializava, na época, em obstetrícia e que contribuiu com anotações e observações das falas e atitudes das mulheres participantes.

Organizei os grupos no meu horário de serviço, mas a preparação aconteceu em horário fora de expediente. Li alguns folhetos educativos sobre o assunto, preparei algumas transparências com algumas informações sobre a incidência, causa, tratamentos e prognósticos e alguns “slides” com imagens do auto-exame além de 2 modelos de mamas, um de tecido e outro de silicone contendo nódulos no seu interior.

Explicados os objetivos ao grupo e após o seu consentimento para anotações e gravações em fita cassete, começamos o trabalho em um processo interativo. Em nossos encontros utilizei os recursos audiovisuais como ilustração, para estimular os questionamentos e, a partir das expectativas levantadas pelo grupo, o material ia sendo modificado.

Neste momento, a partir dos encontros e com a Campanha da Secretaria de Estado da Saúde aumentou a procura pelas mulheres de consultas no centro de saúde, buscando a prevenção do câncer ginecológico. Durante a campanha do governo, dediquei-me mais ao atendimento individual das mulheres e, apesar da campanha ter com foco principal o Câncer de colo de útero, trabalhei também, em cada consulta, a realização do exame de mamas e a orientação do auto-exame.

A proposta da Campanha era atingir as mulheres da faixa etária de 35 a 49 anos e mais, que apresentam maior incidência de lesões com potencial evolutivo para câncer de colo de útero. Esta é uma idade onde as mulheres estão menos presentes na consulta ginecológica, pois, ou já estão esterilizadas, ou engravidam mais raramente.

Neste semestre, além de dar aulas no curso de Enfermagem da PUC, estava também terminando os créditos do curso de mestrado que me tomavam 3 tardes. Para conciliar com o meu trabalho no centro de saúde, fui designada a completar minha carga horária no Pronto Atendimento do município nos finais de semana.

Foi um período muito estressante, marcado por obstáculos profissionais e de situações de enfrentamentos pessoais.

As dificuldades profissionais esbarravam até na possibilidade de não poder continuar meu trabalho com as mulheres, pois cogitou-se minha mudança do programa da mulher para a saúde do adulto, motivada pela exigência de que se cumprissem números de atendimento.

O modelo de atendimento voltado para resoluções imediatistas, como a medicalização, centrado no médico, não incentivava trabalhos educativos com a população. A enfermeira ainda tem muito que lutar para conquistar sua autonomia.

Quanto aos enfrentamentos pessoais, foi, como sempre, puro aprendizado. Vivenciei conflitos familiares e enfrentei meus limites profissionais ao lidar com a dor, física e emocional de alguém muito próximo e muito amado.

Aprendi a respeitar a vida e a aceitar a morte que vinha chegando de forma muito dolorosa para meu pai, acometido de câncer. Senti na hora de tomar decisões, o medo, cansaço, solidão e impotência, e, por fim, a perda.

Aprendi um pouco da vida.

Agora quero compartilhar o meu aprendizado. Com ele aprendi a valorizar a sensibilidade, a intuição, a compreensão e o envolvimento com o outro. Aprendi que, na convivência com aqueles que cuidamos, não devemos nos limitar aos parâmetros mensuráveis, ao conhecimento científico, às rotinas e procedimentos. Devemos sentir a necessidade real daquele que nos fala pelo olhar, pelo toque, ouvindo o silêncio do outro, e tendo a coragem de mudar.

Precisamos, mais do que preparar futuros profissionais, sensibilizá-los para a vida.

Em 99, optei por realizar os grupos com as mulheres que procuravam o centro de saúde. Então, antes do atendimento individual das mulheres agendadas para coleta do exame de prevenção do câncer de colo uterino (papanicolaou), era feito o convite para que participassem de uma conversa sobre o câncer de mama.

O primeiro grupo aconteceu em 05/03 com início às 13:20 e término às 15:00 horas e contamos com a participação de 5 mulheres com idades entre 26 e 57 anos.

O segundo, aconteceu em 24/03 teve início às 13:00 e terminou às 14:45 horas, com a presença de 5 mulheres com idades entre 24 e 50 anos.

O terceiro, aconteceu em 08/04 com início às 13:15 e término às 14:40; a conversa, desta vez, foi com 4 mulheres com idades de 27(duas), 29 e 66 anos.

Nesta fase do trabalho de grupo, passei a enfocar mais a fala, deixando de lado os recursos visuais (slides e transparências) e minha postura tradicional. Tomei o cuidado para deixar claro os objetivos para não gerar insegurança ou hostilidade. Criou-se um clima descontraído: as mulheres sentadas em círculo, lembravam uma “conversa em volta da fogueira”. Sem formalidades, a conversa fluía de forma muito gostosa, a partir de suas expectativas, dúvidas, medos, histórias. Meu papel era de mediar e facilitar a interação entre as participantes e de fazer a articulação das representações, que elas traziam, com o conhecimento científico disponível sobre o câncer de mamas. Aproveitei para colocar alguns questionamentos, para revelar outras representações e permitir que a medida que fosse ocorrendo a aprendizagem as mulheres aprendessem a entender os fatos de modo mais integrado. Assim ensino e aprendizagem acontecem simultaneamente.

As questões feitas pelas mulheres, eram devolvidas por mim ao grupo quando considerava que tinham condições de respondê-las, criando a oportunidade para o conhecimento fosse construído em conjunto.

No final, após explicações ou demonstrações quanto ao auto-exame de mamas, eram mostrados os modelos de mamas, para facilitar a percepção do tecido mamário e detecção de nódulos.

Por serem grupos pequenos, houve uma aproximação entre as mulheres, facilitando o compartilhamento dos conhecimentos, dos discursos e de seus sentimentos, enfim de suas representações sociais sobre o câncer.

3.3.2. A análise dos dados:

Para tratamento dos dados, partir da análise de conteúdo. O material registrado propiciou a identificação de categorias, no que se refere às representações sobre o câncer de

mama, vinculadas à abordagem teórico metodológica, à literatura e a minha interpretação como pesquisadora.

Analisei as falas coletadas nos grupos. Partindo da idéia de que a fala traduz funções representativas e descritiva (em relação ao objeto), expressiva, existencial e emotiva (em relação ao sujeito) comunicativa ou intersubjetiva (no diálogo), remeti-me aos postulados da hermenêutica como “explicação e interpretação de um pensamento”(Minayo, 1993:219).

A representação social é a tradução do que foi estabelecido pela relação ao sujeito/objeto, posso lançar mão da hermenêutica numa perspectiva de interpretação.

Santos(1989:16)diz que ; “a reflexão hermenêutica permite romper o círculo vicioso do objeto-sujeito-objeto, ampliando o campo de compreensão, da comensalidade e, portanto, da intersubjetividade, e por essa via vai ganhando para o diálogo eu/nós/tu/vós o que agora não é mais que uma simples relação mecânica eu/nós-eles/coisas.

Para Minayo (1993:223): “o exercício da compreensão proposto pela hermenêutica repudia o objetivismo que estabelece uma conexão ingênua entre os enunciados teóricos e os dados fatuais, cujo paradigma é o mundo natural”.

A união da hermenêutica com a dialética, para Minayo, possibilita ao investigador entender “o texto, a fala, os depoimentos enquanto processo social e processo de conhecimento, ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico”. (Minayo, 1993:27).

É neste caminho que aponta Minayo que pretendi, através das falas, descobrir quais são as representações sociais do câncer de mama .

A identificação das representações sociais do câncer de mama, deu-se em duas etapas:

a) A seleção das falas

Esta primeira etapa constou de uma análise de cada fala. O produto desta análise forneceu subsídios para buscar a temática das representações sociais.

Por se constituírem em material selecionado, no final, todas as falas são descritas. (Anexo 2)

Listo a seguir os passos que observei na primeira etapa da análise:

- (a) selecionei as diferentes falas associadas ao auto exame, câncer e considere outras falas relacionadas ao assunto.
- (b) Fiz várias leituras, busquei pertinências, rupturas e singularidade.
- (c) Agrupei as falas.

b) Análise temática

Após a primeira análise, os conteúdos das falas foram agregados, busquei identificar as representações sociais subjacentes aos mesmos, seus sentidos e significados implícitos e explícitos, e a partir disto, os temas foram listados.

Elenquei temas emergentes, buscando compreender os sentidos e significados das representações sociais, que cristalizam idéias, naturalizam sentidos construídos socialmente.

II. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1. A HISTÓRIA DE ALUMÍNIO NA FALA DE ALGUNS PERSONAGENS.

O CONTEXTO DAS MULHERES

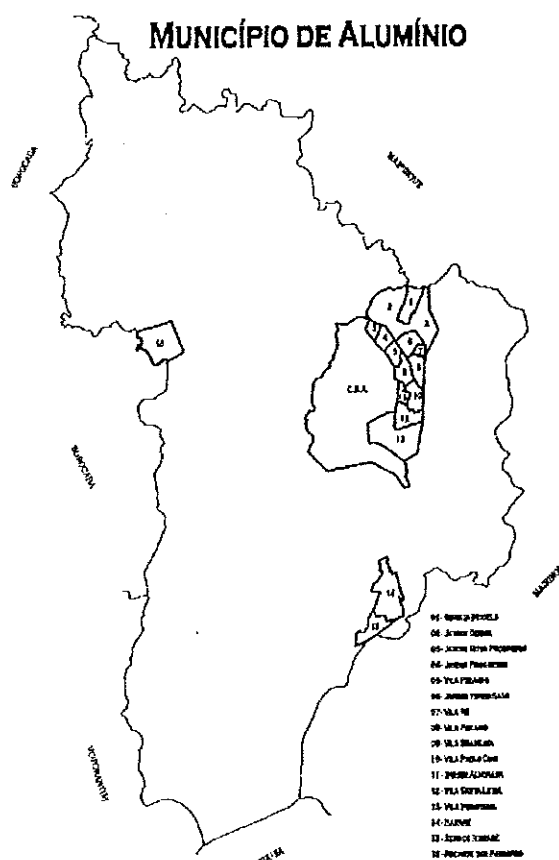
É um município localizado no quilômetro 74 da Rodovia Raposo Tavares, distando 18 km de Sorocaba, 11 km de São Roque e 6 km de Mairinque.

Com uma densidade demográfica de 87 Km, abrange 12 km de zona urbana e 75 km de zona rural. Nesta área, a população de 13.260 hab., distribui-se aproximadamente entre 11.674 hab. e 1586 hab. respectivamente.

Dados fornecidos pela Divisão de Rendas do município e da Empresa Bandeirantes de Energia Elétrica, destacam que em um total de 2800 domicílios, 2300 estão localizados na zona urbana e 500 na zona rural, com uma média de 3 cômodos por residência.

Atualmente o município conta com uma infra-estrutura de rede elétrica, esgoto e água que atende 95% dos domicílios e 90% da coleta de lixo.

A concentração da população na zona urbana, atribui-se a instalação do grande polo industrial da fábrica de Alumínio, que determinou historicamente o contexto atual do município.



A economia predominante está baseada no Parque Industrial da Companhia Brasileira de Alumínio (C.B.A.), que é considerada a maior fábrica de Alumínio integrada no mundo, ou seja, é a única que gera sua própria energia e processa, no mesmo local, toda a linha de operação, desde o tratamento da bauxita até a entrega do produto acabado.

Boa parte do município é coberta por plantações homogêneas de eucaliptos de propriedade da indústria. O restante se distribui por campos de gramíneas ou cerrado leve, além de pomares de várias chácaras existentes.

Possui cinco escolas estaduais e três escolas particulares, uma creche da prefeitura e nove pré-escolas; conta com cursos de alfabetização de adultos, desenvolve projeto musical, artes cênicas, dança e artes plásticas e conta com um jornal de divulgação.

No processo de municipalização da saúde, que define as funções e competências entre os níveis de governo e municípios, que implica na constituição de “sistemas de saúde, os quais pode-se identificar modelo de gestão e atenção à saúde ou “modelo assistencial”, o município de Alumínio, a partir de 09/02/98, atendendo as exigências do NOB-SUS 01/96 (Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, publicada no D. O .U. de 06/11/96), assume a Gestão Plena de Atenção Básica.

Isto implica que o município passa a ser de fato, responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas da saúde e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

O município ainda tem condições de articular o conjunto das propostas, programas e estratégias que vem sendo definidas no nível federal e em vários estados para desencadear em seu próprio local, uma reorientação do “modelo assistencial “do SUS.

A existência de instrumentos financeiros, ainda permite a criação e propostas que apontem ao município uma direção para a construção de um modelo fundamentado na Vigilância da Saúde.

Para a assistência à saúde, o município conta com os seguintes recursos: 1 Pronto Atendimento, que funciona 24 horas, 1 Centro de Saúde, 1 Centro Odontológico.

No centro de saúde ainda são atendidos além das ações programáticas (Saúde da Mulher, Criança, Programa do Hipertenso e Diabetes, Saúde Mental), algumas especialidades como, neurologia, urologia, oftalmologia.

Possui serviços de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.

Os casos que necessitam de outros encaminhamentos, sejam para consultas, internações, exames e tratamentos mais complexos são encaminhados para o hospital de referência de Mairinque e para o Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

Trago alguns aspectos históricos, no sentido de trazer ao leitor esclarecimento de dúvidas que possam surgir na fala dos personagens.

Existem alguns aspectos históricos fornecidos pelo historiador Antônio Francisco Gaspar, que conta que quando da formação da estrada de ferro Sorocabana, dois engenheiros foram designados para explorações das regiões, sendo que de São Paulo à São Roque, o Dr. Clemente de Novelleto Sptzler e de São Roque à Sorocaba o Dr. Eusébio Stevaux.

O Sr. Eusébio Stevaux, adquiriu terras do Sr. Manoel Pereira de Moraes, por onde deveria passar a Estrada de Ferro, hoje Pantojo.

As terras de Pantojo deram lugar a uma fazenda, dando início a exploração de suas riquezas minerais, com instalação de fornos para a fabricação de cal e de extração de mármore.

Da necessidade de transportar este material, construiu-se a linha férrea. Dr. °. Antônio Proost Rodovalho, adquiriu terras nestas proximidades, e formou a Fazenda Santo Antônio que logo abrigou caldeiras e fornos, iniciando a produção de cimento.

Em 1895, a Estrada de Ferro Sorocabana, construiu nesta fazenda, uma Estação que recebeu o nome de Rodovalho.

Em 1921, Antônio Pereira Inácio comprou a fábrica e continuou a fabricar cimento.

No ano de 1946, no contexto internacional, ocorre a vitória dos países aliados contra o nazismo na 2ª Guerra Mundial, marcando o início do *American Way of Life* no mundo. Também inicia neste período a Guerra Fria entre o capitalismo e o comunismo, confronto que traria importantes conseqüência para todo o mundo.

No Brasil, este período é marcado pelo fim da ditadura do Estado Novo com a deposição de Getúlio Vargas e a vitória do General Dutra, que alia-se aos Estados Unidos (abertura às importações e à ação do capital estrangeiro).

Em 1948, a Estação Rodovalho passa a ser Alumínio, em função da instalação da Indústria Metalúrgica, a Companhia Brasileira de Alumínio, pela Votorantim S/A.

Pereira Inácio, em 1956, inaugurou, no Bairro de Santa Helena, Votorantim, uma nova fábrica de cimento, “Cimento Votoran”.

Em Rodovalho permaneceram as pequenas indústrias: cal, olaria, extração de pedras e ainda a exploração de madeira.

Nos anos 80, o bairro Alumínio passa a ser Distrito de Mairinque, e nos anos 90, acontece o processo de emancipação, que contou com participação política muito marcada pelas mulheres. Em 1993, Alumínio conquista sua emancipação.

O prefeito que assume é o Sr ° José Aparecida Tisêo do PFL (Partido da Frente Liberal), o vice prefeito o Sr ° Anselmo Carlos Ramos dos Santos do PPS (Partido Popular Socialista), a presidenta da Câmara é a Sr ª Dinah Inês de Oliveira Silva do PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro).

Na atual gestão, o prefeito é o Sr José Henrique Mora Duarte do PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira), o vice prefeito é o Sr. Alexandre Stroesser Figuerôa do PPS (Partido Popular Socialista) e o presidente da câmara é Sr Jaime Henrique Duarte do PTB (Partido Trabalhista Brasileiro).

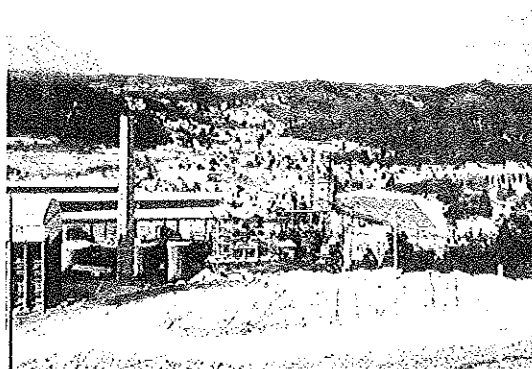
A seguir, as falas dos personagens.

ENTREVISTA I

Nasci em Mairinque, que era um centro ferroviário, filho de comerciantes, imigrantes italianos.

Estudei o ginásio no colégio interno “Liceu Coração de Jesus”, São Paulo e depois, o colegial no Colégio Estadual em Sorocaba.

Quando fiz medicina, em Sorocaba, na PUC, o curso era voltado para formar médicos que tivessem um conhecimento geral de toda medicina, de toda a clínica médica.



Trabalhei 2 meses na estrada de ferro sorocabana, depois comecei a trabalhar na Companhia Brasileira de Alumínio (CBA), onde eu era o único médico.

Existia uma clientela muito grande para ser atendida, pois, era o ambulatório da fábrica que funcionava 24 horas que servia aos sitiantes.

Atendia de tudo, geriatria, pediatria, clínica médica, fazia pequenas cirurgias, suturas nos acidentados da fábrica, retirada de corpo estranho no globo ocular, tratamento de queimaduras. O número de funcionários era crescente.

Com a construção da fábrica, começaram a chegar empregados, nordestinos, baianos, mineiros e do interior do Estado de S. Paulo.

Os empregados formaram núcleos de moradia, hoje conhecido como Paulo Dias, sem infra estrutura, somente algumas casas da CBA tinham água e esgoto. Rapidamente a Vila se desenvolveu, a procura por casas era grande, então, às vezes, morava uma família em 2 cômodos ou casas de 3 cômodos abrigavam 2 famílias.

A higiene era precária, eram comuns os casos de desidratação, gastroenterites, verminoses, acarretando uma alta mortalidade infantil.

Com a abertura de um posto de puericultura, de uma certa forma melhorou um pouco o número de óbitos de crianças, e, posteriormente com o Hospital “Maria Regina”, que atendia as parturientes, eu continuava a atender os empregados da CBA e seus familiares.

Havia uma diferença entre o atendimento da Vila Paulo Dias e da Vila Industrial, onde eram comuns as doenças respiratórias. Alguns casos de alergia causados pela poluição da fábrica, devido aos componentes químicos da fumaça, os casos de bronquite eram comuns tanto na Vila Industrial como na Vila Paulo Dias, onde aparentava não chegar a poluição.

Acredito que os problemas respiratórios estejam relacionados a umidade do ar, temperatura, frio e com as epidemias de gripe.

Quando Mairinque passou a ser município, foi dada uma atenção maior para Alumínio, com a implantação de saneamento básico.

Por causa da direção da indústria, com o Dr. Antônio de Castro Figuerôa, que se preocupava com as questões da saúde e educação, houve uma atenção maior e muito melhorou.



Esse diretor preocupou-se muito com a educação de crianças e adultos. Abriram-se vários ginásios e cursos como o SENAI, na profissionalização de menores, hoje extinto e o SESI que continua até hoje.

Haviam epidemias, principalmente de gripe em julho, tive vários casos de senhoras com corrimentos ou nódulos de mamas, que por algum motivo, talvez vergonha, não procuravam o médico. Várias senhoras faleceram de câncer de mama. Quando apareciam já havia uma enorme úlcera, uma cratera, com nódulos axilares. Elas achavam que era uma feridinha e que não era nada. Naquela época não se falava em prevenção e nem propaganda de nenhum tipo de câncer.

Há uns 15 anos é que se começou a falar mais sobre câncer na TV e rádio e apareceram as propagandas em cartazes nos consultórios e ambulatórios médicos.

Hoje as mulheres estão mais conscientizadas a respeito do problema inicial do câncer de mama, a procura é muito maior para fazerem a prevenção e exame anual do papanicolau.

Haviam casos de Doenças de Chagas, em pessoas vindas da Bahia, Minas Gerais e Pernambuco, e posteriormente, fiquei sabendo de outros casos da zona rural em Alumínio. A

esquistosomose, freqüente em mineiros e baianos, traziam-me muita preocupação, pois, não tínhamos na região e havia o perigo da proliferação. Na zona rural observei vários casos da Úlcera de Bauru, a leishmaniose. Tuberculose havia poucos casos em Alumínio.

Doenças estas, relacionam-se ao pouco nível econômico e às condições de vida dessas pessoas. Outras eram doenças comuns ao que a gente vê em todas as cidades, como úlcera, gastrites, hipertensão arterial, tinham e têm até hoje.

Minha preocupação era com os alcoólatras crônicos, pois, não tinha internação, era um desastre a infelicidade que trazia para dentro dos lares. Na época era considerado uma “sem vergonhice”, tive a oportunidade de tratar com um “pozinho”, que dava reação e por isso ele parava de beber. Fundamos uma Associação de Alcoólatras Anônimos (A .A .A .), onde muitas pessoas foram recuperadas, depois, de um certo tempo o A.A .A . desapareceu, deveria ser reaberto, pois, o benefício que traz é muito grande.

Em Alumínio, meus auxiliares de enfermagem a gente chamava de enfermeiros. Eles faziam até sutura. Alguns tinham vindo de Campos do Jordão após o tratamento de tuberculose de 6 meses a 1 ano e voltavam enfermeiros sabendo aplicar injeção.

Como médico do trabalho, aprendi trabalhando, fazia todos os exames de admissão da fábrica, até, às vezes servi para avaliar profissionais, para ver as condições de trabalho. Participei da formação da CIPA (58/59). O trabalho do metalúrgico é muito penoso. Há áreas com muito calor, ruídos exagerados, gases, poeira, por isso a aposentadoria é aos 25 anos, praticamente a fábrica inteira está se aposentando.

ENTREVISTA II

Nasci em Aluminio e me criei aqui até os 10 anos. Quando meu pai faleceu, minha mãe loteou as terras que herdou, hoje a Vila Brasilina.

Não havia padre aqui, meu pai e o Sr. Vitorino, faziam papel de capelão, davam extrema unção, faziam orações, guardamento. O Sr Vitorino era quem cuidava da saúde do pessoal, usando ervas e orações.

A Pedreira Bom Sucesso, de propriedade do Sr. Pereira Inácio, recebia pedras, baldeadas por homens e animais para produzir granito da Fazenda Pantojo, onde mora hoje o Dr. Antônio Ermírio de Moraes.

Em 1940, por aí, começou a formar a fábrica de Alumínio e a cidade começou a crescer, pois, antes só tinha uma estrada de pedregulhos onde passavam os bois e caminhões de cebola que vinham do Paraná. A condução passa a ser o trem e também o ônibus.

Antigamente, em 1932, na época da revolução, eu tinha uns seis anos, mas eu me lembro, era muito bonito ver os soldados passarem nos caminhões: iam tudo para o lado do Rio Grande do Sul.

Alumínio mandava buscar gente de caminhão, de Minas e Paraná principalmente. Pegaram casas velhas, construíram rapidamente casas para abrigar essa pessoas.

Alumínio não tinha gente para trabalhar na fábrica, as pessoas que viviam aqui eram do sítio e não iriam deixar o sítio para bater "ponto" na fábrica. Iam trabalhar os mais moços, surgia o serviço e eles iam mesmo.



A nossa diversão aqui era ver o trem passar, comprava jornal, não tinha rádio, não tinha nada. Outra diversão era quando tinha casamento.

Tinham também as festas de domingo nas igrejas, e quando era dia do santo, duravam 24 horas.

A gente ia para a escola, a gente subia no pé das árvores e apanhava goiaba, mexerica, uva, tinha monjolo, as professoras faziam piquenique. No córrego, tinha uma água limpinha, onde passávamos o dia tendo aulas de ciências. Eu digo para você, era gostoso.

Eu trabalhei muito para a emancipação de Alumínio, junto com a Dinah, que foi ótima companheira. Íamos à São Paulo nas Assembléias conversar com os deputados de Osasco e São Paulo, porque os de Sorocaba não queriam apoiar.

Hoje eu acho que não devia ter desmembrado, tá boa a cidade, vemos melhoria, eu tenho ônibus na porta, o posto de saúde, se precisa de uma visita domiciliar, é só passar o endereço o doutor Marcelo vai lá; a assistente social leva mantimento. Nesta parte, Alumínio está no céu.

Participo e não paro, já tenho idade, peguei a Pastoral da 3ª Idade e não um clube, porque é mais espiritual, a gente tem mais amor, mais união, trabalha para a igreja.

Eu não gosto de parar, a gente tem que viver, a coisa mais gostosa que tem é a vida, a gente deve ter esperança: a falta de esperança é a morte, e a vida é muito linda, é só a gente saber colocar ela no lugar certo, isso aí é uma coisa que a gente, quando nasce, recebe a vida.



2. O QUE SE FALA SOBRE O CÂNCER DE MAMA

“Dai-me rosas e lírios

Dai-me flores muitas flores

Quaisquer flores, logo que sejam muitas...

Não, nem sequer muitas flores

Falai-me apenas”

(Fernando Pessoa)

2.1 A FALA DOS ESPECIALISTAS

A primeira referência sobre o câncer de mamas, conhecida na história médica, foi encontrada pelo arqueólogo Smith no “Edwin Smith Surgical Papyrus”, escrito no Antigo Império do Egito, que se estendeu de 3000 a 2500 a .C.

Os oito casos de câncer escritos nestes papiros não são chamados de canceres de mamas, mas de “tumores salientes” e foram encontrados em homens. Cabe lembrar que poucas mulheres, naquele tempo, passavam dos trinta anos de idade e que quando morriam, já com metástases em seus fígados ou pulmões, tornava-se difícil detectar que a origem da doença estava nos seios.(Kushner, R., 1981:60)

Galeno, famoso médico romano (que nasceu na Grécia), com sua teoria dos quatro humores sobre a saúde e a doença, dizia que o câncer era causado por um excesso de bile negra originada da melancolia ou depressão e que deveria ser tratado com dieta especial e purgativos. Um tumor de mama, quando não tivesse um ponto fixo, era usualmente extirpado. Além da cirurgia, usavam-se medicamentos corrosivos, na esperança de cauterizarem o câncer. (Kushner, R., 1981:66)

Foi Galeno que, metaforicamente, chamou a doença de câncer, nome que em latim quer dizer caranguejo, já que a maioria das formas dos tumores malignos lembram esse crustáceo e seu movimento sobre a areia. (Sant’Anna, D.B., apud Gimenes,97:44)

Hoje, todos os tipos de cânceres, desde que descobertos no início, podem ser curados. Além dos avanços da medicação e da tecnologia, sabe-se que a forma como os indivíduos enfrentam os diagnósticos, e acreditam na sua cura, são fatores importantes para a recuperação.

Na literatura científica, observei que a questão do câncer tem saído do domínio do discurso médico ortodoxo, com publicações de pesquisas com enfoques multidimensionais da experiência corporal.

Algumas autoras têm trazido contribuições importantes dentro do enfoque psicossocial. São elas: GIMENES, 1997; SPINK,(apud Gimenes1997); SCHULZE NASCIMENTO, 1997; SONTAG, 1989.

Gimenes, desde 1984, quando iniciou o doutoramento, sistematicamente estuda o tema do câncer de mama, utilizando várias metodologias, buscando aquela que melhor a permita compreender o processo de enfrentar o câncer, com o objetivo de intervir com segurança e, efetivamente, ajudar inúmeras mulheres.

Gimenes aponta no estudo sobre o processo de enfrentamento¹, uma forma de compreensão das diferenças individuais e de maximizar a adaptação psicossocial da pessoa diante da diversidade. Segundo ela, as estratégias de enfrentamento utilizadas também podem estar associadas a comportamentos preventivos, como é o caso da prática do auto-exame de mamas.

Gimenes (97), buscaram nas vozes de 36 mulheres, as diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano, após a mastectomia, com o objetivo de entender seus significados. Afirmam que as mulheres, expostas ao estresse do diagnóstico de câncer e mastectomia, não sucumbiram diante das dificuldades. Elas engajaram-se em um processo dinâmico com o contexto ameaçador do câncer e apresentaram estratégias diversas de enfrentamento, procurando responder às exigências de cada fase da doença.

Estes dados oferecem possibilidades para programas de intervenção psicossocial com ênfase na aquisição de habilidades de enfrentamentos.

¹ Enfrentamento (ou *coping* na literatura inglesa) refere-se a esforços de natureza cognitiva, afetiva e comportamental para lidar com exigências específicas internas e externas (conflitos entre elas).(JAZARÚS e FOLKMAN, 1984-1987).Ver a este propósito: GIMENES, “A Teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psiconcologia, in A Mulher e o Câncer, SP, Editorial Psy, 1997.

Outra intervenção refere-se ao treinamento de profissionais de saúde envolvidos com o cuidado da mulher mastectomizada, abordando o auto- conhecimento dos profissionais de saúde no sentido de trabalhar seus próprios “mitos” e “angústias” em relação ao câncer, visto como doença que causa sofrimento e morte, dando-lhes, assim, a oportunidade de conhecer os processos de enfrentamento.

Em continuidade aos seus estudos qualitativos, Gimenez desenvolve um projeto de pesquisa sobre **Representação Social e Estratégias de Enfrentamento** com a professora Spink.

Concluíram que para compreender a produção de sentidos, é necessário reportar-se às representações que sustentam a comunicação e identidade de grupos; consideram impossível pensar em prevenção do câncer da mama, por exemplo, sem entender o contexto de significação em que esta atividade se insere, isto é, o sentido que sustenta as representações ali configuradas de saúde-doença, o sentido que desloca de outras superfícies do corpo e do seio e que se deposita na prática de prevenção ao câncer de mama.

Schulze Nascimento (97), vem contribuindo com várias pesquisas no campo das **Representações Sociais sobre pacientes portadores de câncer de mama**. A análise das entrevistas de sessenta pacientes revelou a pouca clareza que as pacientes têm sobre como a saúde pode ser otimizada, tendo em vista a aceitação do tratamento e a luta contra a doença. Do ponto de vista médico, o paciente não é visto como ativo no processo; a prática médica não esclarece o diagnóstico e o prognóstico e não informa à paciente sobre o desenvolvimento e significado da doença. Na perspectiva da mulher, o medo da dor, é predominante, principalmente em pacientes de classes menos privilegiadas, que não têm acesso a medicamentos.

Esta pesquisadora organizou em 1997, o livro: **“Dimensões da DOR no Câncer. Reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde”**

Este livro é voltado para grupos de profissionais, médicos, enfermeiras, estudantes de enfermagem e de medicina, assistentes sociais e psicólogos que trabalham na área da saúde e para o público em geral. Tem como principal objetivo contribuir para a mudança de atitudes dos grupos de profissionais, perante o paciente e sua dor, propondo uma filosofia² de assistência ao paciente portador de câncer.

² Esta filosofia foi criada por Cecily Saunders (1984) e implantada por ela no Hospice-Modelo St Christopher no Reino Unido, contempla o trabalho interdisciplinar, com controle eficiente da dor.

Sontag (84), recuperada de um câncer que teve em 1976, escreveu o livro: “**A doença como metáfora**”. Nele, a autora mostra como o mundo das metáforas e suas interpretações falseiam a realidade médica e científica sobre as doenças e as suas possibilidades de cura. As metáforas e os mitos difundidos pelos meios de comunicação podem ser tão dolorosos e fatais como a própria doença, pois estigmatizam a situação, impedindo, muitas vezes, o paciente de buscar o tratamento adequado.

Na área da enfermagem, temos alguns estudos publicados na década de 80 que tratam de fatores associados à realização do auto-exame de mamas: Mamede e Pelá, 1988; Gray, 1990; Laganá et alii, 1990; Yoshioka e Souza, 1994. Nos anos seguintes, foram publicados outros estudos com mulheres que fizeram cirurgia de retirada da mama.

Mamede e Pelá (88), utilizando o Modelo de Crenças em Saúde, procuraram saber se a prática do auto-exame, entre mães e alunas do 2º grau, na cidade de Ribeirão Preto, SP, estaria relacionada com outras variáveis como: hábito do auto-exame, reconhecimento do valor do tratamento precoce na cura do câncer, emissão de comportamentos preventivos e reconhecimento do caroço no seio como uma situação possível de início de câncer de mama. Concluem que a crença no valor do tratamento precoce na cura do câncer, percepção do benefício da ação, está associada à realização do auto-exame em partes do corpo entre as mulheres estudadas.

Nos estudos de Gray (90) com mulheres americanas de zona rural, foi utilizado o Modelo de Crenças em Saúde. A autora sugere que os programas educacionais enfatizem os benefícios do auto-exame de mamas.

Laganá et alii, utilizaram o Modelo Precede de Educação em Saúde e fizeram diagnósticos social, epidemiológico, educacional e comportamental do câncer de mama. O trabalho é desenvolvido com mulheres da Unidade de Saúde de Vargem Grande Paulista (SP).

Este modelo proposto por Green et alii (apud Laganá, 1990) possibilita ao profissional decidir exatamente quais fatores, nos três diagnósticos, deverão ser o foco de atenção.

As autoras concluíram que a grande vantagem da utilização do modelo Precede é que ele relaciona dimensões biológicas, intelectuais, psicológicas e sociais aumentando a capacidade dos indivíduos no sentido de tomarem decisões que afetam o bem-estar pessoal, familiar e comunitário.

Yoshioca e Souza (94) estudaram, a partir de entrevistas, alguns fatores que influenciam a prática do auto-exame de mamas realizado por enfermeiras docentes de S. Paulo.

As autoras constataram os seguintes fatores: conhecimento técnico sobre o câncer de mama, vontade de detectar, precocemente, possíveis alterações, falta de habilidade em identificar alterações, medo de achar alguma alteração e desleixo, possivelmente sob influências de suas crenças e valores sobre saúde e, ainda, a partir de experiência pessoal com parentes, amigos e clientes que tiveram câncer.

Fernandes (97), enfocou o cotidiano da mulher com câncer de mama, para compreender a mulher e a doença no contexto da estrutura familiar, na busca do resgate de sua identidade, tendo em vista a atenção à família.

Silva e Mamede (98) buscaram, na perspectiva do interacionismo simbólico, compreender a vida social e a dimensão humana das mulheres mastectomizadas. Este trabalho foi desenvolvido no REMA³, na cidade de Ribeirão Preto (SP).

Os temas abordados foram desde a descoberta do câncer, o processo cirúrgico e a reabilitação.

A partir das falas das mulheres, as autoras puderam perceber que as mulheres vivem num mundo de preocupações e dificuldades. Essas mulheres assumem um comportamento reflexivo, mostrando que elas têm possibilidades de fazer indicações para transformações da situação vivenciada.

Na leitura das mulheres especialistas, sejam elas, enfermeiras, psicólogas ou filósofas, encontra-se o enfoque multidimensional da doença, resgatando-se a questão da mulher em sua totalidade.

O discurso científico dos homens especialistas, reforçam o modelo do corpo moderno, segmentado. Utilizam uma linguagem técnica e não falam de questões afetivas.

Márcio Abraão, professor da Escola Paulista de Medicina, fala do câncer como um aspecto triste da natureza humana e chama atenção para a importância do meio ambiente, pois os fatores ambientais podem ou não desencadear os componentes genéticos⁴.

³ Reabilitação de mastectomizadas. Sigla usada para identificar o Núcleo de Ensino, Assistência e Pesquisa na reabilitação das mastectomizadas.

⁴ Estes aspectos foram abordados em entrevista gravada no vídeo: Prevenção e Diagnóstico do Câncer de Mama, 1996, citado na bibliografia.

Para ele, alguns hábitos como a falta de higiene, fumo, ingestão de álcool ou de chimarrão quente levam a traumatismos crônicos que provocam o câncer de boca.

O tabaco contém mais de 60 substâncias cancerígenas e os fumantes passivos aumentam o grupo de risco, uma vez que se expõem a essas substâncias que provocam o aparecimento do câncer de laringe.

Na cidade grande, a instalação de indústrias aumenta a poluição que prejudica as vias aéreas.

Os hábitos alimentares, com excesso de gordura animal e ingestão de alimentos em deterioração (carne seca), são fatores a serem considerados no aparecimento do câncer.

Alguns alimentos “protegem” o aparecimento do câncer, como os que contêm antioxidantes: os cítricos e os vegetais. Frutas com Beta caroteno (mamão papaia) e os que contêm, selênio, zinco, e cálcio, vitaminas A, E e C, são também inibidores do processo cancerígeno ⁵.

Pinotti considera o aumento elevado do número de cânceres femininos, nos últimos tempos, como reflexo das mudanças sociais que inseriu a mulher no ambiente moderno do mercado de trabalho ⁶.

Mc Clean (84), analisou 12.650 casos de pacientes com câncer de mama; destes casos, 250 pertenciam ao sexo masculino, revelando que a incidência de câncer de mamas em homens é de 1,1%, aparecendo em idades mais elevadas, 69 anos, e em estado mais avançado na primeira consulta. Ainda concluiu que o prognóstico do câncer em homens, decididamente, é pior que nas mulheres.

O diagnóstico precoce não está necessariamente vinculado ao uso de aparelhagem cara. A detecção da doença está também nas mãos da enfermeira, do médico, nas mãos da mulher, mãos que tenham vontade de tocar e de oferecer possibilidades da mulher tratar-se em tempo hábil.

Pinotti diz que o tratamento da mulher com câncer de mama deve ser multiprofissional (cirurgião, radioterapeuta e um oncologista clínico) e ter um acompanhamento de, no mínimo, 5 anos. Em 2 anos há o risco do reaparecimento do tumor no mesmo local e em 5 anos do

⁵ Aspectos abordados na entrevista gravada em vídeo: Prevenção e Diagnóstico do Câncer de Mama, 1996, citado na bibliografia

⁶ As citações relacionadas ao Prof. Pinotti, constam em entrevista gravada no vídeo: “O Câncer de Mama”, 1998, citado na bibliografia

aparecimento em outros locais. Estudos mostram aparecimento tardio com metástases ósseas em até 20 anos, causadas, acredita-se, por situações de depressão psicológica.

Pinotti privilegia a volta ao natural, à vida na zona rural e recomenda ter muitos filhos, amamentando-os, como soluções preventivas do câncer.

Para o tratamento do câncer de mama, dispomos da cirurgia conservadora, radioterapia, hormonioterapia e a quimioterapia e de drogas que alteram o ciclo de reprodução celular, tornando as células mais susceptíveis a ação do quimioterápico, ou ainda impedindo o suprimento sanguíneo para as células cancerígenas.

Em março, (99) com o acordo entre FAFESP e o Instituto Ludwig de Pesquisa, o Brasil marca a sua entrada na corrida internacional para desvendar o Genoma Humano



ORESTES:
a tecnologia
de acesso ao centro
do gene humano

do câncer, projeto que é considerado um dos mais importantes empreendimentos científicos em curso neste próximo milênio.

Este projeto tem como objetivo gerar entre 500 a 750 mil seqüências de genes, a partir de material retirado dos tumores de maior incidência no Brasil: cabeça e pescoço, gástricos e colo de útero. Espera-se que estas informações possam ser de grande valia no futuro para o tratamento, cura e prevenção desses tipos de câncer.

O Brasil possui uma revolucionária tecnologia de seqüenciamento genético – ORESTES, em inglês *Open Reading Frames Ests (Expressed Sequence Tags)* que permite seqüenciar a área central dos genes, justamente a parte que a tecnologia existente não dá acesso. Esse método foi desenvolvido por Andrew Simpson, do Instituto Ludwig de São Paulo e coordenador do Genoma Câncer (Notícias da Fafesp)

Chegamos ao final do século, com um conhecimento científico tão profundo dos tumores das mulheres que temos condições especializadas de prevenir, detectar, tratar e curar a grande maioria destes tumores

Embora haja avanços em relação ao tratamento do câncer, as mulheres encontram dificuldades no acesso ao atendimento e encaminhamento para exames especializados. As políticas públicas de saúde e de educação, tão deixadas de lado pela política neoliberal, bem

como as práticas de promoção e recuperação da saúde distanciam, ou mesmo excluem, certas cidadãs do acesso às intervenções.

Neste contexto posso exemplificar, há 4 meses não se consegue marcar nenhum exame de mamografia no hospital de referência (SUS) de nossa região, porque o aparelho está quebrado. Fato este que repete-se várias vezes no mesmo período do ano.

É divulgado que o SUS, paga a cirurgia estética reparadora de mama (Lei nº. 3769197), mas, na prática não custeia os dias que são realmente necessários para a recuperação da mulher.

Na fala dos homens, o trabalho em equipe é entendido como a junção de várias especialidades médicas (ou seja, vários médicos).

“O modelo médico vigente, centrado na doença, destaca a deterioração da relação médico-paciente, com a objetivação dos pacientes e a mercantilização das relações médico-paciente que é visto, atualmente, mais como um consumidor em potencial de bens e produtos médicos do que como um sujeito doente a ser, se não curado, ao menos aliviado em seu sofrimento pelo cuidado médico” (Luz M, 1997:19).

3.2. O DISCURSO DA MÍDIA

Uma das características básicas das representações sociais é a sua difusão pelos meios de comunicação de massa e pelas instituições religiosas, já que se acredita que ao refletirem o pensamento mesmo das pessoas, suas mensagens navegarão por mares comuns sendo mais fácil a assimilação. Os moldes da indústria médica, incorporados pela mídia, legitimam opiniões, idéias e representações, a partir de suas imagens e discursos que servem aos mecanismos da industrialização e do capitalismo.

Os meios de comunicação propiciam uma consagração a um determinado fato, lapidando-o para dar-lhe uma vestimenta de réplica da realidade, mas com predicativos que sirvam à indústria cultural que intenciona estabelecer um diálogo entre a produção e o consumo, diálogo de um só emissor, já que o consumidor não fala.

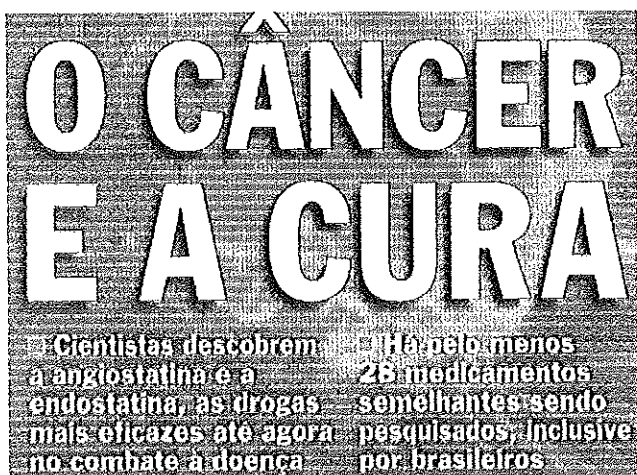
A força dos discursos visuais, constituídos por imagens com composições estéticas refinadas, atesta legitimidade inquestionável pelo forte apelo e pelo excesso de exposição. Ao mesmo tempo em que a indústria cultural efetua uma dialética de democratização, estabelece o silêncio e a passividade diante daqueles que “assistem” e a ilusão de que ele, o consumidor, é o sujeito das mensagens e não o seu objeto.

O câncer é um tema da contemporaneidade, resultado de transformações mediatizadas por influências ambientais, genéticas, psicológicas, alimentares, etc., porém a mídia parte do pressuposto básico de que o câncer não é uma produção, porque já é uma realidade, existe e precisa ser digerido e devolvido para o público consumidor movimentando as indústrias médicas, têxteis, farmacêuticas e de editoração.

Os profissionais da mídia, são assessorados por pesquisas de mercado (cuja metodologia básica é o grupo focal) e, portanto, dispõem de um leque de repertórios possíveis para a elaboração de uma mensagem transmitida para o espectador, ou seja, compre este produto, buscando, somente, a persuasão do consumidor. (Medrado, apud Spink, 1999:269)

Na segunda quinzena de maio de 98, a partir de uma notícia publicada no jornal: “The New York Times”, o câncer ganha foco central no cenário mundial, em função de uma nova possibilidade de cura. A notícia causou um alvoroço entre vários personagens: pacientes, investidores da indústria farmacêutica, cientistas, jornalistas, todos eles frustrados, pouco

tempo depois, quando os editores do jornal admitiram a omissão de informações que restringiam a cura do câncer aos cobaias de laboratórios. Há controvérsias em relação ao equívoco ocorrido. No jornal paulista “Folha de São Paulo”, uma reportagem com o título “Câncer e Sensacionalismo”, explica a confusão sobre a notícia dada pelo jornal americano. Na última página há o relato de uma paciente com câncer de mama: *“Tenho medo de que as empresas pensem só no dinheiro e que dêem o remédio apenas dentro dos critérios para testes clínicos”*.



Embora a novidade tenha sido desmentida, as pesquisas atuais prometem abrir frentes frentes na busca da cura do câncer e, já que o tema vende, a cada semana encontramos estampadas nas capas das revistas uma nova esperança, um novo ensaio promissor em que o consumidor leva de brinde uma

camiseta com palavras politicamente corretas na luta contra o câncer – a cidadania em ação...

Muita gente lucrou com reportagens dramáticas sobre pacientes com câncer. As revistas “Manchete”, “Isto É”, incluem pessoas de classe média alta que conseguiram curar-se do câncer. No número 2.406, páginas 10 e 11, a revista “Manchete” destaca o cantor Leandro, da dupla sertaneja “Leandro e Leonardo”, que viajará para os Estados Unidos em busca da cura de um câncer de mediastino (pulmão).

É interessante notar como os protagonistas das matérias midiáticas raramente são pessoas comuns; evidenciam-se pessoas de classe social privilegiada, estrelas de cinema com um estilo de vida glamouroso, embalando a doença numa imagem que o consumidor desejaria para si e que, agora, pelo sofrimento - comum a todos - sente-se mais próximo. Novamente uma ilusão, já que os diferentes níveis financeiros de tratamentos, selecionam os eleitos a serem salvos.

Sem dúvidas que essas personagens famosas, modelos, médicos, governadoras, artistas, empresárias, pessoas bem sucedidas tiveram muita coragem para enfrentar a doença, mas também tiveram a oportunidade de terem acesso aos avanços da medicina e a um

acolhimento diferenciado. O que dizer a uma das mulheres do grupo focal (ver em 3.3), quando ela escancara a contradição imanente entre a necessidade da detecção precoce do câncer de mama pelo auto-exame e a desumana fila de espera em postos de saúde pública?

Os avanços da ciência, com destaque para a cirurgia de reconstrução mamária, relatados tanto em revistas médicas como nas de circulação geral são sempre acompanhados por imagens de mulheres bonitas, saudáveis, com seios perfeitos. A plástica garante a simetria, com cicatrizes mínimas. Os discursos e as imagens “parecem” representar e garantir a felicidade e a realização das mulheres.



Vitória na dor

Americana ganha indenização por ter sido submetida a mastectomia desnecessária

Na revista “Veja” de abril de 99, a fotógrafa americana Matuschka, 45 anos, aparece em um auto-retrato artístico, denunciando a mutilação de sua mama direita. A fotógrafa foi submetida a uma mastectomia sem indicação, pois, o seu tumor estava em uma fase inicial. A reportagem conta que a americana ganhou uma indenização no processo que moveu contra o ‘equivocado’ cirurgião.

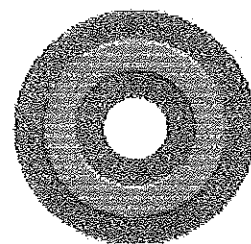
Quando comento sobre esse fato em sala de aula, algumas alunas da enfermagem expressam indignação e horror e não entendem como um médico - americano - pode fazer aquilo com a mulher. “Uma moça, bonita, esclarecida”. E, no entanto sem opção, manipulada pela aura do conhecimento absoluto do médico que a mídia tanto reforça, na medida em que anuncia todas as possíveis intervenções à cura da doença, ligadas diretamente à figura deste profissional.

Ao lado das práticas médicas, emergem as alternativas com bálsamos em formas de medalhinhas, sumo de plantas, reza e benção, massagem e terapias esdrúxulas, numa busca sem nenhum embasamento científico, mas cheia de esperança de alívio e cura para o doente.

Chamou-me a atenção uma notícia em uma revista popular, sobre o poder de cura de uma médium, Luíza dos Santos, de Sorocaba, que desenvolve seu trabalho no Hospital Espiritual Santa Terezinha do Menino Jesus. Dentre as várias curas citadas, o câncer de mama é incluído. Luíza, com o toque de suas mãos, realiza cirurgias sem corte e trata as pessoas com ervas e poções, gratuitamente.

O médico João C. Góes, do Instituto do Câncer de São Paulo diz que 10% dos pacientes com câncer, em algum momento, abandonam o tratamento médico optando pelo tratamento alternativo, como para o uso da babosa, chás, águas e outros.

O IBCC (Instituto Brasileiro do Câncer), é uma entidade particular que realiza um trabalho filantrópico de prevenção e controle do câncer de mama e do colo de útero há 30 anos. Em 1995, o IBCC conseguiu o licenciamento junto ao CFDA – *Council of Fashion Designers of America* – para lançar no Brasil a campanha



**FASHION TARGETS
BREAST CANCER**
Licensed by CFDA Foundation, Inc.

com o tema “O Câncer no Alvo da Moda”, aquela do alvo azul, similar à campanha americana “Fashion Targets Breast Cancer”.

Organizada por líderes da moda, estilistas, modelos, fotógrafos, industriais, lojistas e imprensa, a campanha tinha como objetivo divulgar a importância do auto-exame e das consultas periódicas para o diagnóstico precoce do câncer de mama e, claro, levantar fundos para o IBCC.

Em outubro de 1996, a Colluci propaganda criou a segunda fase da campanha: “Quem tem peito participa”. Aparecem em vídeo, revistas e cartazes publicitários, sem cobrarem cachê, várias personalidades de diversas áreas, todas mulheres famosas, atrizes e atores usando uma camiseta que, comprada por 15 reais, daria ao comprador a oportunidade de estar contribuindo com cinco reais para o Instituto Brasileiro de Controle do Câncer. O agora dono da camiseta receberia um cartão de orientação para o auto-exame e uma ficha cadastral para

ser enviada para o IBCC e, assim, receber informações sobre o trabalho desenvolvido neste instituto.

Recentemente, além da camiseta, outros produtos de moda como *colant*, para jovens adolescentes, têm aparecido nas propagandas da campanha. Na verdade, o símbolo da campanha passou a ser uma griffe e a prevenção ficou para o segundo plano.

Muitas alunas, do curso de enfermagem por exemplo, usam a camiseta, mas não fazem o auto-exame. Outras mulheres com quem conversei verbalizam terem visto a campanha na televisão, mas não compreendem o que é e como fazer o auto-exame. O que ficou da propaganda para elas é a existência do câncer como uma doença fatal, que muitas mulheres morrem de câncer de mamas, e sobre a vergonha da mutilação, ou seja, a propaganda funcionou reforçando o estigma do câncer. O fato de se usar a camiseta da campanha, não garante a adesão das pessoas à prevenção, mas sim à mais uma moda, fetichizada, que passa uma segunda mensagem, a de que há dentro do conteúdo da camiseta, uma pessoa humanitária, altruísta e cidadã engajada socialmente.

São pseudo-experiências, pseudo-sensações que para serem obtidas na sua forma real exigiriam das pessoas ação, iniciativa, intervenção social o que não interessa a nenhuma instância da estrutura social. Assim, comprando e vestindo a camiseta, vive-se uma experiência e uma sensação na sua forma padronizada, reproduzida e conveniente.

Nas entrelinhas oculta-se o que não interessa divulgar, realçando e incluindo valores inexistentes, buscando preencher necessidades e fantasias inconscientes, ou não, do consumidor-espectador moderno e... vender a sua idéia - camiseta.

A publicidade constrói, de forma subliminar ou didática, as representações que acreditamos serem nossas, arrogantemente construídas como portadoras de verdades inquestionáveis. No entanto, o idealizador da campanha, está distante das idiossincrasias das diferentes classes sociais e...erra o alvo, ou será que não foi sempre esta a intenção? É preciso olhar além da imagem...

A mídia constitui conteúdos potencialmente dinâmicos, dado que a interpretação é que lhe dá sentido. É importante considerar o potencial que a mídia tem de provocar reflexões e discussões ativas. (Medrado, apud Spink, 1999: 270)

Reigota (99) propõe o uso de imagens como um meio para se chegar ao conhecimento em uma pedagogia participativa e dialógica, cujo processo caracteriza-se pela análise, discussão e troca de idéias sobre suas diversas interpretações e leituras, perscrutando e

revelando os possíveis níveis subjacentes e interpretando as marcas e pistas inscritas nas imagens.

Revelando aos nossos alunos os mecanismos de persuasão e de manipulação contidos nos produtos midiáticos, interrompendo a forma tranqüila de convivência com a propaganda, possibilitaremos ao aluno, pela reflexão, o desmoronamento das representações que a ideologia dominante configura, delinea e espalha, pelos meios de comunicação de massa. Estaremos ajudando-os não a se livrarem do jogo, mas a conhecerem as regras.

**CÂNCER
NO RUMO DA
CURA**

DEBATE QUE EXAMINA O CÂNCER DE MAMA E SUAS VARIÁVEIS E TESTA AS SUAS REPERCUSSÕES NA SOCIEDADE. ADOLESCENTES E ADULTOS DEBATEM O TEMA E O PAPEL DA MULHER NA SOCIEDADE.

**Auto-estima
CÂNCER DE MAMA
recuperada**

**A reconstrução dos seios ajuda a mulher
a enfrentar o pesadelo da doença**

2.3 A FALA DAS MULHERES

“O câncer vem silencioso e, como um ladrão, rouba tudo da gente.” (Valéria)

Neste capítulo apresento o trabalho que realizei com as falas coletadas nos grupos focais. Conforme discutido no referencial teórico, analisei as falas com base na Teoria das Representações Sociais, por considerar que ela preserva a dimensão social como elemento importante na construção do pensamento e propõe relações entre o conhecimento e o comportamento individual e coletivo.

“As representações sociais são expressas por discursos verbais e escritos, visuais e corporais. As diversas formas de linguagem que o ser humano utiliza para entender as representações têm a sua importância na prática pedagógica dialógica”.(Reigota, 1999:70)

Na análise temática, ampliei minha interpretação e compreensão das representações sociais, já que o aprofundamento entre as variadas composições latentes ou não, nas representações construíam um contínuo diálogo com outras vozes.

Retorno ao foco de análise, que teve como objetivo captar os sentidos e significados que contribuem para a adesão, consciente, ao auto-exame de mamas.

Como mencionei nos procedimentos de análise das falas, trabalhei em duas etapas, a) seleção das falas e b) análise temática do conjunto das falas.

Optei em apresentar as representações, exemplificando-as com as falas extraídas dos grupos, uma vez que estão entrelaçadas.

Tenho a clareza que as possibilidades interpretativas das representações, não são aqui esgotadas.

Apresento a seguir a organização das falas e suas representações sociais.

As falas e suas representações sociais.

a) O corpo misterioso: ao analisar as falas das mulheres de Alumínio, que participaram dos grupos, percebi o desconhecimento do próprio corpo, pois essas mulheres não eram capazes de identificar o lugar do colo do útero e nem explicar como é o útero. Não sabiam como fazer o auto-exame, o período ideal, onde e como fazê-lo, mesmo com informações anteriores.

Muitas, durante os encontros, começam discretamente a palpar as mamas e revelam-se assustadas ao perceberem sua constituição. Percebem-nas cheias de caroços, parte da constituição glandular natural das mamas que é confundida pelas mulheres, com muita frequência, com caroço. É como se antes nunca tivessem tido a curiosidade de tocarem-se. É um momento em que a mulher entra em contato com seu próprio corpo.

“...eu comecei a palpar e achei um monte de pelotes!” (Diana)

“...o caroço é como se fosse uma semente.” (Palmira)

Outras referências frequentes são os incômodos das mamas no período pré-menstrual, devido à dor e ao inchaço. As mulheres não associam esses sintomas das mamas com a menstruação. O corpo, para elas, é algo que funciona desarticulado, conceito muito evidenciado no discurso médico que fragmenta o corpo.

“Eu sinto muita dor nas mamas antes da menstruação. Uma semana antes eu já sei que vou menstruar, por que será isto?” (Bel)

b) Não é comigo: Demonstrem, sobre o assunto em pauta, muita curiosidade mesclada com o receio em falar de câncer de mamas. É muito comum as conversas serem iniciadas por relatos de histórias de casos na família ou de outros conhecidos. Falam como se fosse algo de “outras pessoas”, de “outras mulheres”, como se elas não corressem o risco de ter a doença.

Em um dos encontros, uma das mulheres relatou sua história pessoal com câncer de mama que teve há doze anos. Durante o relato, observaram-se olhares de espanto e surpresa das demais mulheres .

“... eu tive um tumor há doze anos, fui encaminhada para Sorocaba sem saber de nada.” (Márcia)

c) A falta de tempo: As mulheres, em geral, pouca atenção dão a si mesmas. Sempre levantam a questão da falta de tempo.

“...a gente trabalha, pensa nos outros primeiro, falta tempo.” (Vera)

“...a gente vive correndo!” (Antônia)

A falta de tempo é uma das formas de protelar, de negação, pois para as mulheres, a descoberta de um nódulo mamário é uma ameaça para a vida.

Além da preocupação com o câncer e com a possível mutilação, a mulher teme que seu relacionamento conjugal seja abalado.

“...A gente vai relaxando, hoje não dá tempo, cuida disto, daquilo. A gente morre e o marido vai arrumar outra, daí não adianta ter tempo mais, se não correr atrás não adianta.” (Ágata) .

Falar sobre o câncer traz conflitos, questionamentos, reflexões sobre si, sobre as relações com as pessoas, com a família ou com o sistema de saúde.

d) A vergonha: Não é só o tempo que impede as mulheres de cuidarem-se. A vergonha é relatada em todos os encontros.

“...é difícil chegar no médico, a gente fica acanhada....”, Fala Zelma

“... eu acho que toda mulher tem que olhar, porque depois é difícil. Tem que deixar a vergonha de lado, a mulher se torna fria e não se cuida. Meu filho de dezoito anos perguntou se eu já tinha feito o papanicolau, até o meu marido, pela ignorância que tem, um homem de sessenta anos, acha que tem que fazer e eu a cada seis meses venho fazer.” (Helena)

“... eu acho que é a vergonha que impede da mulher de vir ao médico, de se cuidar. Eu só ia no médico no pré-natal. Eu morria de vergonha, não ia de jeito nenhum.” (Jane)

Em um dos encontros, fui questionada sobre as auxiliares de enfermagem participarem das consultas. Dizem que são conhecidas delas e que sentem vergonha quando as encontram e conversam com elas; ficam lembrando do exame e que mostraram “suas coisas”.

A questão da intimidade revelada ao outro, toca a sexualidade, pois as suas partes femininas são vistas como algo sagrado, intocável, ou algo profanado, exposto, manipulado.

Durante as consultas, quando vou realizar a coleta do papanicolau, são freqüentes os seguintes comentários.

“Não sei como você consegue fazer este serviço.” (Palmira)

“Ai credo, é um serviço sujo, ainda bem que tem gente que faz.” Eu jamais ia querer fazer isto.” (Rosa)

É como se o íntimo guardasse algo sujo, é mexer com as secreções, sentir o odor, com a sujeira que sai.

e) O sintoma da dor como alerta: A representação de que só se vai ao médico quando a dor sinaliza, é muito forte. O curativo prevalece sobre o preventivo. Isto foi dito enfaticamente por uma merendeira:

“... ah! Quando aperta a gente vai, eu fiquei nervosa com uma dor no peito, aí doía mais ainda, eu tive que passar aquele dia mesmo no médico, a hora que a gente começa a sentir alguma coisa a gente corre.” (Livia)

“Eu não sabia que o câncer de mama no início não dói e que cresce rápido!”(Clarice)

A dor pode ser alguma coisa.

“Eu tenho um caroço, dói os ombros, os ossos, quando eu vou no médico, ele me passa o remédio, mas, fica aquilo na cabeça, porque não melhora. Este caroço tem dois anos, não cresce, ele dói mesmo, me atormenta. Melhora e volta. O problema é que eu fico pondo coisa na cabeça.”(Leni)

“No meu pensamento eu achava que doía bastante no começo.”(Eneida).

As representações que os indivíduos possuem a respeito da doença estão relacionadas com os usos sociais do corpo em seu estado normal; assim, estar doente implica alteração das atividades que habitualmente se realizava. O estado de doença é percebido por sintomas, sendo o mais freqüente a dor. A dor é um sinal de alerta e sofrimento. A presença da dor implica uma doença, mostra que algo não vai bem. Algumas vezes, a dor pode estar presente em situações fisiológicas, como no caso do parto ou da dor nas mamas no período pré-menstrual e em situações de diagnósticos, tratamentos e cirurgias.

A dor nas mamas no período pré-menstrual é um fenômeno normal, porém, para a mulher, tem uma representação com conotações negativas. Paradoxalmente, a sua ausência, em outros períodos não implica que a mama esteja saudável.

O silêncio da dor também não implica um organismo saudável, como no caso do câncer. Alguns pacientes não se consideram doentes se não sentirem dor, e, no caso de um câncer, este poderá passar despercebido exatamente porque não dói.

A procura do médico está relacionada com as representações que o indivíduo tem do seu corpo.

BOLTANSKI (84), cita que a população produz representações da doença conforme o grupo social, já que não pode compreender a linguagem médica, e não tem uma ação reflexiva a respeito de seus próprios corpos, não compreendendo suas doenças. Segundo este

autor, a relação da dor como doença grave, é maior nas classes sociais superiores economicamente

f) O tocar-se: As mulheres não têm conhecimento da importância de criar o hábito de fazer o auto-exame, uma vez que esperam por sintomas como sinal de alerta da doença e desconhecem os benefícios de um diagnóstico precoce.

Quando demonstro o auto-exame, é muito comum verificar que as mulheres que fazem, ou dizem que fazem o exame, limitam os toques a regiões próximas dos mamilos. Em todos os encontros, prestaram muita atenção e fizeram referências e comparações sobre a forma de fazer o auto-exame.

“Eu não consigo me auto-examinar, e pode ter muita gente como eu. O tamanho da mama pode dificultar o exame.” (Maria)

“A Dr.^a ...falou que porque eu sou gorda, é difícil examinar a minha mama.” (Rosa).

g) A falta do útero, a menopausa e sexualidade: A referência de câncer, para as mulheres do grupo, sempre está associada ao câncer de colo do útero.

Outra representação foi sobre a mulher que não tem mais útero e menstruação ou vida sexual ativa. Havia dúvidas se ela teria de fazer o exame de mamas e o exame de prevenção de colo. Assim perguntou uma professora. E disse uma merendeira:

“Eu que não tenho útero há seis anos, que não tenho mais menstruação, como eu vou saber?...eu fiz o papanicolau e o exame de ultra som nas mamas, o doutor achou um caroço, falou que não é grave, eu vou voltar nele o mês que vem.” (Rosa).

“eu tirei o útero e os ovários, por que minha mama dói?” (Cecília)

Em seguida outra mulher pergunta:

“Por que quando na menstruação a mama ficava dolorida e agora que estou na menopausa não sinto mais?” (Mafalda)

Nas falas surgiram muitas outras questões referentes à menopausa, sexualidade, corrimentos, doenças sexualmente transmissíveis, indicando a necessidade de oferecer espaços para as mulheres encontrarem-se e poderem falar sobre suas dúvidas.

h) O Câncer: É muito difícil falar esta palavra, já que ela traz consigo conotações negativas, de morte, medo, terror. Silêncios, olhares pensativos, antecedem uma série de falas que mostram como as mulheres percebem esta doença.

No senso comum, o vocábulo “câncer” está intimamente associado à idéia de dor e morte.

Para SONTAG (84), sempre se atribuiu ao câncer muita dor e uma morte horrível.

Esta representação distancia o indivíduo da possibilidade de uma descoberta precoce da doença, e falar de câncer torna-se doloroso e triste.

O câncer aparece associado a representação da religião, visto como um carma, castigo, onde a salvação depende de Deus.

“Na minha cabeça, nem sei o que pensar do câncer.” (Nora)

“O câncer vem silencioso, como um ladrão e leva tudo da gente.” (Valéria)

“A gente não sabe como ele vêm, como começa. É triste!” (Rosa)

“E aquilo que vai tomando conta, comendo a gente e se espalhando.” (Gabi)

“É a morte, é o final, é um sofrimento. É uma palavra que eu não gosto nem de falar!” (Ana Nery)

“Eu preciso mudar o meu modo de pensar em relação ao câncer, se eu tiver um resultado de câncer e tiver possibilidade de cura, vou lutar, mas será difícil, complicado para mim, pois, o câncer sinceramente para mim é a morte.” (Ana Nery).

“Tem pessoas que têm essa doença e vivem até 10 anos.” (Ágata)

“É uma doença que pega no sangue, é genético.” (Paula)

“Uma vez eu vi uma pessoa dizer lá na escola, que o câncer é de comer enlatados, de cigarro, mas, eu não entendo; como uma pessoa adulta pega câncer?” (Eneida)

“Um casal perto da minha casa, saudável, tem religião. A filha deles nasceu com câncer no osso, e o outro filho também teve. A gente não entende, né?” (Leni)

“Câncer maligno é aquele que tá perdido, não tem jeito.” (Irene)

“Ah ! É só Deus para cuidar da gente!” (Esther)

“Eu não sabia que homem também pode ter câncer de mama. Eu vi na televisão e fui ensinar meu marido a examinar.” (Maria)

“Hoje em dia é amplamente reconhecida a necessidade de se auto- examinar, para detectar a presença de certos tipos de câncer que quando descobertos bem cedo ainda podem ser tratados, porém provavelmente fatais, se muito adiantados. Mas detectar no início a existência de uma doença considerada inexorável e incurável, não parece ter nenhum sentido.” (SONTAG, 1984, :43)

Muitas mulheres relutam em fazer o auto-exame, temendo entrar na lista que pode vir causar discriminação, ou coisa pior, então de que adiantaria saber?

i) O medo: Muitas vezes o medo da dor, da perda da mama e da própria vida, imobiliza. Algumas mulheres têm medo de fazer o exame e de descobrirem que têm algo de errado.

“Eu estava vendo outro dia a novela que a mulher tá com este problema, a novela Pérola Negra e sei lá... se eu tiver isto, eu não tenho força, até para fazer o exame eu tô nervosa..” (Joyce)

“Uma vez tive ferida no útero, fui cauterizar e a médica judiou de mim, depois tive meu filho e só fiz uma vez o exame de prevenção, eu peguei trauma. Eu morro de medo, tô fazendo porque é necessidade, senão depois é pior, é uma obrigação, eu tenho que fazer, porque medo eu tenho.” (Gabi)

“A dor do câncer deve ser terrível. Você conheceu aquele senhor ...? Gente! precisava ver o sofrimento daquele homem , teve câncer na cabeça, gritava tanto, só usava medicação forte, o quarteirão inteiro ouvia”.

“O medo da gente é a dor” (Ana Nery)

“Eu tenho pavor. Eu tenho aquele problema que inflama o peito. Eu sou super preocupada. Não sei me examinar, sinto caroço, dói. Eu acho que assusta. Tinha uma amiga que já faleceu de câncer, com 49 anos. Foi descoberto tarde, passou para os ossos. Em um ano ela faleceu.”

(Pausa)

“Eu tenho medo e pavor quando faço o exame. Conforme eu examinava para mim aquilo tava crescendo, na minha cabeça. Eu passei na médica, ela disse que era glândula, passou o remédio, depois que passei nela parece que tirou a dor. Eu começava a fazer e parecia que estava crescendo. Ficava nervosa.” (Leni)

Pude constatar o comparecimento de algumas mulheres nos dias subseqüentes aos encontros, solicitando uma consulta de enfermagem. Elas estavam com medo de terem nódulos, porque já haviam apalpado a mama e sentido algo diferente.

O medo da dor também é evidenciado dentro das representações, ganhando autonomia enquanto doença em si mesma, incontrolável e crônica.

Para SILVA & MAMEDE (98), o medo aparece em todas as fases percorridas pela mulher no processo da doença.

Algumas mulheres procuram esclarecimentos na tentativa de diminuí-lo. Para algumas mulheres, o medo é o motivo de uma procura imediata para a consulta. Para outras, é necessário um tempo para reflexão de como agir, ou como uma forma de adiar, de fugir da situação.

J) O significado da mama para as mulheres: Quando falávamos sobre o significado das mamas para as mulheres, não surgiam referências diretas, sendo preciso retomar a questão por algumas vezes. As falas eram acompanhadas de risos e brincadeiras.

Trata-se de um órgão aparentemente exposto, naturalmente erótico, que compõe a feminilidade, estética e sexualidade. Um órgão que nutre e dá a vida, tarefa única da fêmea (amamentar e a maternidade). É uma característica simbólica para a identidade da mulher.

A mama na linguagem corporal leva a identidade feminina, o corpo é utilizado como atrativo para o início de uma relação social. A mulher sente-se estimulada quando é admirada pelo corpo como atributo de beleza sexual.

“A mama enfeita o nosso corpo.” (Ana Nery)

“Eu tenho complexo do tamanho da minha mama.” (Leni)

“Ah! Uma mulher sem mama é uma coisa horrível..” (Carina)

“Amamentei tantos filhos, nove filhos.” (Esther)

“Se tirar a mama ... eu não tenho vaidade, tem que gostar de mim do jeito que sou!” (Joanna)

“A mama é estimulante para os homens.” (Maria)

“A mama chama a atenção dos homens, é um atrativo da mulher.” (Nancy)

O brasileiro está começando a dar valor para as mamas.” (Esther)

“Eu faço o exame todos os dias quando eu passo creme, faço massagem, me sinto muito bem cuidando de mim, não saio de casa sem passar creme, tem que cuidar, depois que cai não tem mais jeito.” (Sara)

Ao trabalhar com os modelos de mamas, algumas mulheres demonstram resistência à palpação, partindo para risos e brincadeiras.

k) A linguagem: Percebi, nas falas, o uso de termos infantis e de referências indiretas com caráter metafórico para fazer menção à vulva e à vagina, como : “pombinha”, “a perseguida”, “a florzinha”, “xereca”, “cheirosa”, “piriquita”, “xânia”, “ritinha”. Alguns comentários como:

“As mulheres agora têm mais tempo de inventar.” (Joanna)

“É feio falar o nome verdadeiro, tem que dar apelido.” (Ana Nery)

Em relação às mamas, em nenhum grupo apareceu outra referência que não fosse “peito” ou “seio”.

A mama muitas vezes é comparada com frutas, como por exemplo: na região norte, temos a música “Morena Tropicana em que a mama é a manga rosa; já na região sudeste é mais conhecida como melão, mamão. Outra referência é a *teta*, associada a vaca. Menções mais de uso dos repertórios masculinos.

Percebi o uso de empréstimos lingüísticos do discurso científico, porém, sem muita clareza do que se tratava, como hormônios, ultra-som, genético.

Em relação ao que percebem na palpação, as mulheres comparam a constituição da mama com : “semente”, “uvinha”, “pelote”, “sagu”, “alpiste”.

Uma fala também chamou atenção para o discurso técnico:

“Eu fui no Pronto Socorro e o médico disse que eu não tinha nada, só tinha anemia. Li o resultado do exame e achei que ia morrer, a mesma coisa acontece com outras coisas.” (Leni)

1) A responsabilidade: Percebi pelas falas de algumas mulheres de Alumínio, que a responsabilidade de saber orientar sobre o auto-exame é do médico, o que normalmente não ocorre, revelando a falta de postura educativa por parte desses profissionais.

Foi interessante notar que após falarmos sobre o crescimento rápido do câncer de mama, uma das mulheres ressaltou o descompasso e contradição que há entre o atendimento médico ideal e a realidade da saúde pública no Brasil. Segundo ela, se encontrasse um “caroço” na mama, teria que esperar vaga para ser atendida no centro de saúde, e como o câncer cresce rápido, ela poderia piorar se esperasse até o dia da consulta. “Então de que adianta o auto-exame?”

A mulher tem a responsabilidade de fazer o auto-exame de mamas, porém não tem a contrapartida do serviço público.

É positiva esta questão, à medida que revela que uma mulher vai buscar atendimento sabendo da sua urgência, podendo assim reivindicar um atendimento médico mais rápido, quando necessário.

Trata-se de uma responsabilidade solitária, não compartilhada com o serviço. A mulher fica passando de serviço a serviço, enfrentando uma longa espera.

“Tem que auto-examinar!”. (Leni)

Para as mulheres, o modelo médico é a única forma efetiva de detecção precoce. Neste ponto, passa a responsabilidade para o profissional o exame de suas mamas.

“Se eu pudesse eu fazia mamografia direto, só ela resolve.” (Eneida)

“Tem que ir ao ginecologista.” (Maria)

m) Um canal aberto: Ao finalizarmos os encontros, as participantes demonstraram a necessidade de continuar e todas verbalizaram que gostariam de ter mais oportunidades de conversar. Como parte delas, senti o quanto foram gratificantes aqueles momentos e como a percepção do câncer de mama, a partir de suas representações, enriqueceu e contribuiu para o crescimento de todas nós. Passamos a conhecer melhor o próprio corpo, os nossos medos, fatores que causam o câncer e aprendemos como detectar precocemente a doença.

“A gente pensa que sabe de tudo, começa a conversar e vê que tem muito a aprender.” (Joyce)

“É bom ter alguém para orientar.” (Ana Nery)

Pude perceber o quanto lhes são negadas informações, a dependência das mulheres aos profissionais de saúde e observar a mulher trabalhadora, chefe de família, que se dispõe a cuidar de tudo e de todos e se renega, sendo lembrada muitas vezes, política e utilitariamente como mantenedora da força de trabalho de seus filhos e maridos.

OLIVEIRA, (98), fez um levantamento em grupos e consultas de enfermagem no “Programa de Saúde do Adulto” que atende mulheres hipertensas e diabéticas, no centro de saúde de Alumínio. Constatou que em 131 mulheres atendidas, com idades entre 20 e 60 anos, 18 praticam o auto-exame.

Nas consultas na saúde da mulher, percebo que o auto-exame ainda não é uma prática incorporada na vida das mulheres. Muitas não o fazem e as que fazem, fazem-no de forma incorreta, inseguras e não acreditam que podem conhecer o próprio corpo.

Muitas vezes, questionando minha prática., percebo que se não acreditasse nos avanços do tratamento do câncer e na desconstrução de inverdades e reconstrução de sentidos mais verdadeiros que envolvem a doença, fazendo com que as mulheres enfrentem-na com mais objetividade e exatidão, ou mesmo na luta para que as mulheres tenham acesso a serviços médicos com qualidade, esta dissertação não teria razão de ser.

MINHAS PALAVRAS...

“A vida da gente é uma coisa muito forte, estando junto é mais fácil dividir o medo.” (Helena)

*“Tem que falar que é para prevenir Cuidar da vida. Dar força uma para outra.”
(Joanna)*

As mulheres, em suas falas, mostraram-me o quanto é importante ter a possibilidade de estarmos juntas para podermos enfrentar situações de medo do desconhecido.

Os grupos menores criaram espaços de compartilhamento, facilitando o reconhecimento e enfrentamento das representações acerca do câncer de mamas e possibilitando, a essas mulheres, tornarem-se multiplicadoras de novas representações.

As mulheres elaboram e mantêm representações diferenciadas sobre o câncer de mamas e a possibilidade de reconhecê-las permite reconstruí-las, criando-se um espaço de continência e de reflexão sobre suas atitudes e comportamentos preventivos.

Neste processo grupal, enquanto coordenadora, também fui percebendo e trabalhando com minhas próprias representações e com as delas, (procurando minimizar as preocupações).

De um modo geral, as representações sobre o câncer de mamas, para essas mulheres de Alumínio, relacionam-se com a grande carga que a doença carrega de medo da dor, da morte e do desconhecido.

É por medo e desconhecimento que a mulher protela o auto-exame, embora esses sentimentos apareçam revestidos por mecanismos de racionalização indicados pela falta de tempo, pela vergonha, por não conhecer o próprio corpo ou pelo constrangimento em não entender o jargão técnico da linguagem médica.

A fala das mulheres, em suas representações, possibilita-nos uma reflexão mais abrangente da mulher.

Muitas mulheres passam grande parte da vida sem terem percebido como é a sua mama, e quando isto acontece na consulta, elas sorriem, dizendo : *“Puxa! Eu nunca tinha visto que era assim!”*

As mulheres de Alumínio carregam o reflexo de uma educação machista, vivendo numa cidade onde há uma fábrica que há pouco tempo só contratava homens e onde as poucas mulheres que lá trabalhavam eram demitidas quando se casavam, já que mulher era para cuidar da casa, do marido e dos filhos e não podia acumular outras responsabilidades.

Culturalmente, a mulher pela falta de oportunidades, limita-se a ser dona de casa, submissa aos homens. A atitude de submissão reflete-se no seu envolvimento com sua saúde e seus conflitos. Muitas mulheres têm dificuldade para consultar o ginecologista porque os seus maridos não colaboram e, às vezes, até as impedem. Embora estejamos no final do século, essas atitudes ainda existem. Penso que é preciso fazer um trabalho de conscientização com os homens, não só sobre questão do câncer que também os afeta, mas também sobre programas de planejamento familiar e de doenças sexualmente transmissíveis.

Acredito que essas questões devam ser trabalhadas numa fase de vida mais precoce e de maneira mais ampla, sem limitarem-se às faixas de maior risco.

As causas do câncer não são claras para as mulheres, mostrando o quanto o discurso médico e a mídia estão distanciados da realidade, levando a interpretações errôneas.

...Em nossos encontros não foram feitas referências sobre as causas ambientais do câncer, embora morassem em uma cidade que tem no seu coração uma indústria poluidora.

Em relação a comportamentos relacionados com a doença foram apontados o uso de álcool, o cigarro, comida enlatada, os hormônios e o fato de ter religião ou não .

As representações evidenciadas fortalecem a necessidade de trabalhos em grupos e apontam para uma ação multiprofissional, para que as representações vivenciadas por essas mulheres sejam minimizadas, assim como o medo do câncer.

III. PROPOSTAS PARA O ENSINO DA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA PARA AS ALUNAS DE ENFERMAGEM DA PUC-SP.

“(…), consiste em ensinar às pessoas que são muito mais livres do que sentem, quando se aceita como verdade, como evidência, alguns temas que foram (são) construídos durante certo momento da história, e que essa pretendida evidência pode ser criticada e destruída).”(Michel Foucault, 1982)

As palavras de Foucault remetem-me à minha trajetória de teorias e práticas construídas ao longo da minha história.

Em dezembro de 93, ingressava na prefeitura de Alumínio e em março de 94, estabelecia residência em Sorocaba.

Nesta época estive na PUC (Campus Sorocaba), em busca do curso de mestrado, quando soube do concurso para dar aula.

Foi uma corrida: documentação , seleção... e fui aprovada. Lá estava eu, novamente mas, agora, com muito medo e uma vontade enorme de ensinar e aprender .

Entrei para lecionar na disciplina de Enfermagem Fundamental, que é anual. É oferecida para os alunos da primeira série . Esta disciplina comporta em si a maior parcela de carga horária, inserindo o aluno na concepção do ser humano integral e iniciando-o na sistematização da assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, ao longo do processo saúde-doença, em ambulatorios e unidades básicas de saúde e hospitais.

Atendendo aos conteúdos da disciplina, o aluno desenvolve as atividades interagindo com o cliente, sob a supervisão do docente.

As aulas são teóricas e práticas, sendo as últimas no laboratório e posteriormente no hospital, atendendo clientes mais “saudáveis”, adultos, para depois, atender os clientes com maiores necessidades.

Foi uma fase que repeti muito o modelo de aula informativa, expositiva. Temia dar vãos além dos conteúdos estabelecidos. Era rigorosa com as alunas, e por outro lado, procurava envolvê-las no seu aprendizado, valorizando o que traziam de suas vivências.

Neste período iniciei algumas leituras de textos em educação.

Ao final deste ano, o Currículo Mínimo de Enfermagem passa por uma reformulação determinada pela Resolução do Conselho Federal de Educação (C.F.E.nº314/94) “objetivando estimular a aquisição integrada de conhecimentos básicos, teóricos e práticos que permitam ao graduando o competente exercício da profissão” (Portaria nº 1721, 1994).

Esta mudança curricular vem de certa forma viabilizar a adequação dos currículos Plenos à realidade do mercado.

Com a regulamentação desta Resolução, o Currículo Mínimo abrange 4 áreas temáticas: Bases Biológicas e Sociais de Enfermagem, Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem, com uma carga horária mínima de 3.500 horas.

É incluída a disciplina Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem, que é integrante da área de Fundamentos de Enfermagem. Ela é compreendida como o levantamento e o estudo de sinais e sintomas do ponto de vista da enfermagem. É nesta disciplina que ensino sobre a prevenção do câncer de mamas, para as alunas de enfermagem.

Esta disciplina vem atender a um perfil profissional, em consequência as responsabilidades da enfermeira que assume de fato a coordenação, o planejamento e a assistência de enfermagem.

A preocupação com esta temática existe há algum tempo, já que visualizava-se uma tendência relativa à expansão da prática de enfermagem, acentuando a necessidade de incrementar as habilidades da enfermeira e dos profissionais que empregam o exame físico em seu campo de trabalho.

Atentou-se, a partir daí, para a individualização do cuidado e da melhoria da qualidade e quantidade das informações do cliente utilizadas para identificar alterações em seu estado de saúde e avaliar efetivamente os cuidados profissionais, estabelecendo desde o princípio, um relacionamento interpessoal com o cliente.

Esta disciplina veio obrigar os docentes de enfermagem a reverem conceitos e estratégias para uma prática incorporada no cotidiano do ensino e na assistência de enfermagem.

Nós, as mesmas professoras da disciplina de Enfermagem Fundamental, assumimos esta disciplina e seus desafios.

O fato de sermos das mesmas disciplinas, favoreceu a articulação com os conteúdos; outro ponto favorável, é o fato de a disciplina ser oferecida no 2º semestre da primeira série do curso, quando nossas alunas já foram introduzidas no campo prático, o que não distancia o conhecimento teórico da prática, e permite que o aluno aplique ou apreenda os conteúdos correlacionando-os ao contexto da assistência de enfermagem.

Os conteúdos são distribuídos no total de 90 horas, sendo 30 horas teóricas e 60 práticas.

A ênfase é dada às manifestações do funcionamento normal do organismo humano, comparando as diversas manifestações de desequilíbrios detectados no campo da prática. São utilizados os primeiros passos da metodologia científica na obtenção dos dados, através da aplicação da entrevista de enfermagem e do exame físico nos campos da prática, em situações gerais e especiais, visando obter requisitos para a assistência global do cliente. Estudos individuais e de grupo, além de demonstrações práticas sob a supervisão direta do professor são os recursos utilizados no processo ensino - aprendizagem.

É nesta disciplina que venho ensinando a prevenção do câncer de mamas para as alunas de enfermagem, embora, elas tenham reforço desses conteúdos na disciplina de ginecologia no 5º período.

Por trabalhar em saúde pública, constantemente trago para as situações de ensino os aspectos preventivos. No caso específico da prevenção do câncer de mamas, senti a necessidade de além de ensinar a técnica do exame, estimular as alunas a fazerem seus exames e a serem multiplicadoras desse conhecimento.

O exame de mamas inclui os tempos de inspeção estática e dinâmica, palpação, expressão e pesquisa de linfonodos axilares e subclaviculares.

Antes de iniciar o exame das mamas pergunta-se à cliente sobre o seu hábito ou não desta prática. Se for positivo, pergunta-se como ela o realiza para averiguar a necessidade de alguma complementação. Para aquelas que não o fazem, o momento do exame físico mostra-se como oportuno para esta iniciação.

Esta etapa do exame físico é realizada pela enfermeira com abordagem voltada para o auto-exame, ressaltando a importância de um aprendizado correto e da realização periódica, assim como a época do ciclo menstrual mais adequada.

Para as alunas, contextualizo a importância do exame de mamas e do papel da enfermeira, enfocando aspectos culturais, sociais e preventivos, a partir de algumas discussões. Em seguida, apresento a anatomia e a fisiologia das mamas.

Abordo sobre a técnica do exame, os aspectos: inspeção (estática e dinâmica), palpação e expressão; incluo também, o exame da mama masculina. São abordados os sinais visíveis de câncer mamário e a diferenciação dos nódulos mamários comuns.

Uso modelos de mamas, e estímulo as alunas a fazerem a palpação individual e com a colega. Posteriormente, cada paciente atendida, é examinada pela aluna, sob a supervisão das professoras da disciplina.

Observo um grande interesse das alunas em conhecer suas próprias mamas, e posteriormente, em examinar as das pacientes. Envolvem-se com a questão de tal forma que trazem sugestões para desenvolver trabalhos com a comunidade acadêmica, querendo participar de grupos.

O mestrado deu-me a oportunidade de desconstruir conceitos, posturas predominantemente cartesianas e de buscar modelos mais abertos às inovações que a minha profissão impõem.

O ensino de enfermagem deve contemplar outros recursos do conhecimento científico ou do senso comum, vindos de diferentes fontes; ou seja, os produzidos pelos cientistas, grupos sociais, movimentos sociais e meios de comunicação.

É no espaço fora da sala de aula, ou quando acaba a aula formalmente, que o aluno, muitas vezes, vem contribuir de forma tímida com informações do seu cotidiano, espaço este que deveria ser privilegiado dentro da sala de aula.

Como esperar que o futuro profissional, reconheça os problemas da comunidade e que o indivíduo participe ativamente no seu processo de saúde se, enquanto aluno, aprende-se com um modelo que não privilegia a sua participação ativa no processo de construção do conhecimento?

Por me sentir mais autônoma em sala de aula, saí do meu lugar de “dona do conhecimento” para aprender junto com as alunas, transitando e integrando conteúdos já que alguns professores estão envolvidos no processo de integração das disciplinas básicas. Passei a valorizar o subjetivo, a humanizar conteúdos, a pensar na questão do gênero e a perceber as representações envolvidas no processo de ensino aprendizagem da enfermagem.

Considerar as diferenças, trabalhar com a horizontalização das relações, onde as diferenças restringem-se aos graus de envolvimento, dedicar minha energia para atender às necessidades das alunas e clientes, contribuindo para soluções individuais e sociais, tem sido uma postura que venho buscando.

IV. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Refletindo sobre este trabalho, fica claro que para uma proposta educativa, há que se pensar na mulher em todas as suas dimensões ou seja, situando-a nos contextos cultural, social e econômicos. Quando estes aspectos são contemplados e interligados, facilitam-se a percepção dos atores envolvidos no processo de cuidar e ser cuidado, quanto às reais necessidades a serem atendidas.

Os dados demonstram que as mulheres apresentam necessidades de serem atendidas de forma globalizada e também individualizada. Elas esperam ser ouvidas e esclarecidas. Na medida que este processo não acontece, torna-se possível encontrar as representações que impedem as mulheres de buscarem o auto-exame como uma forma de detecção precoce do câncer. Assim, surge a necessidade de um profissional qualificado e comprometido com os serviços democráticos de saúde. Este profissional tem um importante papel, no sentido de ser um mediador deste processo dialógico.

Esse diálogo, na prática cotidiana do enfermeiro, é um desafio, teórico, prático e institucional.

“A teoria das representações sociais” oferece um auxílio precioso à dialogicidade, pois, parte do princípio de que todos nós (professores, alunos/as) temos representações, umas elaboradas, outras mais simplistas”. (Reigota, 1999: 9)

O acesso às representações sociais permitiram uma familiaridade do meu discurso com o das mulheres, mostrando-me diferenças entre o que é idealizado e escrito na literatura e a realidade da existência cotidiana.

No lugar de pesquisadora - participante senti que é preciso exercitar uma sensibilidade e uma certa sutileza ao ouvir a fala do outro, para perceber as representações. A princípio, as falas das mulheres, quando frente ao discurso técnico científico, demonstraram uma certa concordância, mas, na medida em que aprofundei o assunto, percebi que não eram as mesmas, já que perpassava-as, abarcando as diferentes condições sociais e culturais dos sujeitos.

Os conteúdos das representações sociais sobre os aspectos saúde-doença são importantes para a formação das/os alunas/os de enfermagem, pois permite o acesso aos reais

aspectos da vida do cliente, indicando que não basta apenas transmitir informações, mas que se deve, principalmente, conhecer as representações de saúde e doença dos clientes envolvidos, a fim de que suas intervenções sejam verdadeiramente eficazes.

Com esta pesquisa pude entender que as representações sociais de algumas mulheres de Alumínio sobre o câncer de mamas foram constituídas e determinadas pelas relações sociais e articuladas e configuradas por aspectos culturais, políticos e econômicos. Suas falas refletiam os discursos organizados pela mídia que aborda o problema no seu aspecto lucrativo e não preventivo e que, portanto, pelo desconhecimento da real dimensão da doença, estavam permeadas de estigmas inexoráveis e cheios de sofrimento.

Retomando a história de Alumínio, pude constatar, como se deu o desenvolvimento da cidade. O pólo centralizador e gerador da cidade foi a instalação da indústria, determinando o nome da cidade e todas as suas relações sociais e culturais. Em nome do desenvolvimento crescente, os espaços geográficos foram sendo ocupados por agentes imobiliários com preocupações somente imediatistas e financeiras. A indústria, ainda hoje, é um atrativo para migração de famílias e o crescimento desordenado da cidade, reflete na qualidade de vida da população.

A instalação da indústria determinou o papel das mulheres, limitando-as aos espaços e serviços do lar, já que uma das características marcantes no trabalho industrial é a hegemonia masculina.

O nossos encontros, tendo como base e fio condutor os aspectos preventivos do câncer de mama, possibilitaram um "setting" grupal no qual as mulheres puderam se colocar de uma forma mais direta através da associação livre característica que, acredito, não se encontra com tal densidade, em outras formas de abordagens, como entrevistas ou respostas em formulários.

O estudo das representações sociais revela aspectos psicossociais que ficam ocultos em outros procedimentos de investigação.

Não há dúvida de que a questão do câncer - prevenção, tratamento, assistência psicológica- deva pertencer à instância da saúde pública.

Na mídia e em campanhas governamentais, a ênfase é dada aos aspectos curativos da doença; quando se trata do aspecto preventivo, é mais em função de uma "grife", que vê naquela mulher de uma determinada faixa etária, um consumidor potencial. Para o campo da saúde pública, as representações sociais esclarecem aspectos da compreensão dos sujeitos sobre saúde e doença indicando que não basta a transmissão de forma generalizada de

informações preestabelecidas para que a mensagem seja passada. A reflexão que tem como base epistemológica as representações sociais revela quem é e o que pensa o cliente, evitando que os técnicos façam a dissociação entre o cotidiano de quem endereça orientações.

O profissional de saúde pública no Brasil ocupa um papel em uma instância social conflituosa e desprestigiada financeiramente, mas não se pode deixar de pensar no indivíduo no seu contexto, desenvolvendo formas de ensinar e de aprender a repensar criticamente, articulando a saúde e a educação, e assim efetivando práticas que conduzam à emancipação dos sujeitos.

Trabalhando com este tema, constatei uma aproximação com a percepção da Teoria de Gênero, que se trata não mais de focalizar apenas as mulheres como objeto de estudos, mas, sim, os processo de formação da feminilidade e da masculinidade na construção social.

O gênero deve ser refletido na prática de ensino de enfermagem, pois os profissionais deverão estar aptos a perceber as mulheres, família e seus grupos, já que a intervenção deve ser adaptada ao sexo, à idade e a inserção social dos clientes. Trata-se também, da ciência que é produzida pelos homens sobre as mulheres. Quando as mulheres produzem sobre si mesmas, atendem aspectos mais relacionados com a sua totalidade.

Já que as representações sociais são dinâmicas e mutáveis, frutos de movimentos históricos e sociais do ser humano, minha prática profissional estará sempre atenta às novas representações, o que me dará oportunidade de transformar espaços hegemônicos e aparentemente imutáveis, encontrando “brechas” para a transformação.

Este trabalho aponta para algumas possibilidades: trabalhar de forma reflexiva, a partir das representações sobre o câncer de mama das alunas e suas implicações na vida profissional; propiciar práticas de grupos focais com as alunas; divulgar as representações das mulheres de Aluminio sobre o câncer de mama .

Espero que este trabalho possa fornecer subsídios para ampliar as discussões sobre a temática “ câncer de mamas”, e talvez, provocar novas representações e formas de cuidar e ser cuidado.

BIBLIOGRAFIA:

ABIB, A . R.; FRANCO, E.B.;ABREU, E.;REBELO, M.S. Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 1996. Pro Onco, Rio de Janeiro.1996 p.3-16.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Orgs.) Antropologia e Saúde. Traçando Identidade e Explorando Fronteiras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998.

ALVES, M. D. S. Mulher e Saúde: Representações Sociais no ciclo vital. Fortaleza: Graduação/ DENF/ UFC/ Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

ALVES, N. Trajetórias e Redes na Formação de Professores. R.J.:DP&A Editora, 1998.

ASSMANN, M. Reencantar a Educação Rumo a Sociedade Aprendente. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

AZEVEDO, I. B. O Prazer da Produção Científica. 6ª ed. Prefácio de Hugo Assmann Piracicaba: Ed. Unimep, 1998.

BATES, B. ,M. D. Propedêutica médica. 4ª ed. R J : Editora Guanabara, 1990.

BERARDINELLI, C. (Org.) Poesia de todos os tempos. Fernando Pessoa, RJ, Nova Fronteira, 1985.

BOLTANSKI, L. As Classes Sociais e o Corpo. Tradução de Regina A Machado; organização de texto Maria A. Loyola Leblond e Regina A. Machado 2ª ed. RJ, Graal, 1984.

CIAMPONE. M. H. T. Grupo Operativo: Construindo as Bases para o ensino e a prática na Enfermagem. São Paulo, 1998 – Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

CÂNCER DE MAMA: José A. Pinotti. Loyola Multimídia- Série Educação, 1998.1 videocassete (25 min) : son., col.; 12 mm. VHS

DESLANDES, S. F.; NETO, O.C.; GOMES. R; MINAYO. M. C.S. Pesquisa Social Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, R J. Editora Vozes, 1994.

ÉPOCA. Câncer de Mama. Auto-estima recuperada: A reconstrução dos seios ajuda a mulher a enfrentar o pesadelo da doença. São Paulo. Ano 1, n° 34, 11 de jan. de 1999.

FERNANDES, A. F. C. O Cotidiano da Mulher com Câncer de Mama. Fortaleza: Pós Graduação/ DENF/UFC/ Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

FOUCAULT, M. A Ordem do Discurso. Aula Inaugural no College de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Trad. Laura Fraga de A. Sampaio. 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia Saberes Necessários a Prática Educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIMENES, M. G. G. (Org.). A Mulher e o Câncer. Campinas SP.: Editorial Psy Ltda. 1997. 321 p.

GOFFMAN, E. Estigma Notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada, 4ªed. RJ Editora Guanabara Koogan S.A., 1988.

GORMAN, C. O Câncer e o sensacionalismo. Folha de São Paulo, São Paulo, 14 de maio de 1998. Time Magazine. v. 1, n. 7, p 4-10.

GRAY, M. E. Factors related to practice of breast self-examination in rural women. Cancer Nurs., v.13, (2) : 100-7, 1990.

GUARESCHI P. ; JOVCHELOVITCH, S. (Org.) Textos em Representações Sociais. 3ª ed. Petrópolis RJ: Vozes, 1995.

GUATTARI, F. As Três Ecologias. Tradução Maria Cristina F. Bittencourt. 6ª ed. Campinas SP: Papirus, 1997.

HOOD, M. D.; VARGENS, O. M. C. Prevenção do Câncer de Mama: Somos todos responsáveis. Rev. Enferm. UERJ, RJ, v.3, (1): 108-110, maio 1995.

ISTO É. Revolução na ciência: O câncer e a cura. São Paulo. n° 1493, 13 de maio de 1998.

KUSHNER, P. Por que eu? O que toda mulher deve saber sobre o câncer de seio. (Trad. da Equipe de Voluntárias do Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo: Summus, 1981.

LAGANÁ, M. T. C.; GUALDA, D. M. R. ; HASHIMOTO, M. R. H.; IMANICHI R. N. Auto exame de mamas: Identificação dos conhecimentos, atitudes, habilidades e Práticas (CAHP), requeridos para elaboração de propostas educativas. Rev.Esc.Enf. USP, SP, 24(2):281-299 , ago. 1990.

LEFEBVRE, M. Lógica Formal Lógica Didática. Trad. de Carlos N. Coutinho 3ª ed. RJ, Civilização Brasileira, 1993.

LEFÉVRE, F. Saúde, mídia e reificação. In: Pitta, A. R. Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1995. p. 139-47

LESHAN, L. O Câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde.; [Trad. de Denise Bolanho; revisão técnica de Ruth Reveca Rejtman].S P, Editora Summus, 1992.

LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org.). Gênero e Saúde. Porto Alegre RS: Artes Modernas, 1996.

LOYOLA, M. A. (Org.) A sexualidade nas ciências humanas. RJ: Ed. UERJ, 1998.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do século XX. PHISIS. Rev. Saúde Coletiva, RJ, 7(1); 13-43, 1997.

MANCHETE. O poder nos dedos de Luiza. Rio de Janeiro. Editora Bloch. n °2413, 4 de julho de 1998.

MANUAL DE ONCOLOGIA CLÍNICA. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo – Springer – Verlag, 1993, 399 p.

MAMEDE, M.V. et. al. Mulher e saúde: suas preocupações. Rev. Paul. Enf., v.10,(3): 121-26, set./dez. 1991.

MAMEDE, M. V.; PELÁ, N. T. R. Fatores associados à realização do auto-exame das mamas. Rev. Feminiz. SP. 16 (6): 486-492, jun.1988.

MENEGON, V.S. M. Menopausa: imaginário social e conversas do cotidiano. SP, 1998. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP

MC.Clen; LEONARDO,(et. alli.) Patologia mamária en el hombre: experiencia com 250 observaciones. Rev. argentina de patologia, 3 (60): 4-13, die 1984. Tab.

MEIHY, J.C.S.B. Manual de História Oral. São Paulo, 2ª edição, Loyola, 1998.

MENGA, L. ; ANDRE, M. E. D. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU 1986.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo, SP, 5ª edição, Hucitec – Abrasco, 1998.

MORAES, A.F.M. Exame ginecológico: exame físico geral e especial. In Halbe, H.W. Tratado de Ginecologia. v.1, 1ª ed., São Paulo, Roca, 1987. Cap. 16

MOREIRA, A. S. P. ; OLIVEIRA, D.C Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Goiânia: A B, 1998. 328 p.

NISIDA, A . C. T. Câncer da mama .Paradigmas atuais. Rev. Ginecologia & Obstetrícia, SP, 9 (3): 160-170, 1998.

NOTÍCIAS FAFESP. A ciência brasileira ingressa no Genoma Humano. SP: Secretaria da Ciência Tecnologia e Desenvolvimento Econômico, v. 40, mar. 1999.

OLIVEIRA, R. M. P. Câncer de Mamas: Limites e Possibilidades. Sorocaba, SP.1998. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica)- Departamento de Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica. PUC/SP.

POSSO, M. B. S. et al. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem: Construção de um Marco estrutural. Âmbito Hospitalar, 5: 82-86. 1995

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA: José A. Pinotti. Luis H. Gerbin. Associação Paulista de Medicina, 1996. 1 videocassete (25 min) : son., col.; 12 mm. VHS.

QUIROGA, Y.A . P. de; FREIRE, P. El Proceso Educativo Secun Paulo Freire Y Enrique Pichon-Riviére. Seminário com Paulo Freire Y Ana Quiroga. Trad. Beatriz Romero. Buenos Aires, cinco, 1985

REIGOTA, M. A Floresta e a Escola: por uma educação ambiental pós-moderna. São Paulo, Cortez, 1999.

_____. Os Ecologistas. Santa Cruz do Sul, Edunisc, 1999.

_____. Meio ambiente e Representação Social. 2^a ed. São Paulo, Cortez, 1997.

_____. O que é educação ambiental. 1^a ed. São Paulo: Editora Brasiliense S.A., 1994.

SÁ, C. P. Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SANTI, M. C. Revelando a Dimensão Educadora do professor de Enfermagem. S. P. 1984. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica. PUC/SP.

SANTOS, B.S. Introdução a uma ciência pós-moderna. RJ: Graal, 1989.

_____. Um discurso sobre as ciências. 9^a ed. Porto: Edições Afrontamento, 1997.

SCHULZE, C. M. A. (Org.) Dimensões da dor no Câncer. Reflexões sobre o cuidado Interdisciplinar e um novo paradigma de saúde. São Paulo: Produção Editorial, 1997

SENNE, A. A. Novo Currículo será adotado nas escolas de enfermagem a partir de 96. Boletim Informativo do COREN – SP, S. P. ano 18, n° 2, p.8, jun. 1995.

SILVA, A. L. Cuidado transdimensional: um paradigma emergente. Pelotas: Ed. Universitária / UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em enfermagem / UFSC, 1997.

SILVA, R.M. ; MAMEDE, M.V. Conviver com mastectomia. Fortaleza: UFC, Departamento de Enfermagem, 1998.

SONTAG, S. AIDS e suas metáforas. Trad. Paulo Henriques Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SPINK, M. J. (Org.) Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo, Cortez, 1999.

_____. (Org.) O Conhecimento no Cotidiano. As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SPINK, M. J. ;GIMENES, M. G. G. Práticas Discursivas e Produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. Rev. Saúde e Sociedade. 3 (2): 149-171, 1994.

TEIXEIRA, C. F. ; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A . L. Sus, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 8 (2): 3-12., abr./ jun., 1998.

UFRN (1998), Anais da Jornada Internacional Sobre Representações Sociais: Teorias e Campos de Aplicação. Natal, UFRN.

VEJA. Câncer no rumo da cura. São Paulo, Editora Abril. ed.1546 n. 19, ano 31, 13 de maio de 1998.

VEJA. Vitória na dor. São Paulo, Editora Abril. ed. 1593 n 15, ano 32, 14 de abril de 1999.

YOSHIOCA, M. R. ; SOUZA, D. Auto exame de mamas: identificação de alguns fatores que influenciam sua prática, Rev. Esc. Enf. USP, v.28, n2, p.215-26, ago. 1994.

ANEXOS

ANEXO 1

Auto-exame de Mamas

Como evitar o câncer de mama?

De forma bem simples: fazendo o auto-exame das mamas. O câncer tem cura desde que diagnosticado no início.

O que é o auto-exame das mamas?

É o exame das mamas efetuado pela própria mulher. É conhecendo suas mamas que você pode verificar qualquer alteração.

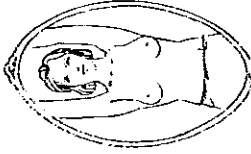
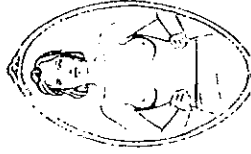
Quando fazer o auto-exame?

Faça o auto-exame uma vez por mês. A melhor época é após a menstruação. Se você não menstrua mais, o auto-exame deve ser feito em um mesmo dia de cada mês como, por exemplo, todo dia 15.

Como fazer o auto-exame?

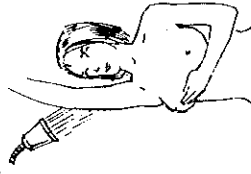
▶ Diante do espelho

Levante e abaixe os braços. Observe se há alguma anormalidade na pele, alterações no formato das mamas, como abaulamentos e retrações, ou alguma ferida ao redor do mamilo. Verifique também se há secreções pelos mamilos.



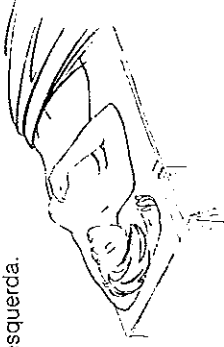
▶ Durante o banho

Com a pele ensaboadada, levante o braço direito e deslize os dedos da mão esquerda suavemente sobre a mama direita, estendendo até a axila. Faça o mesmo na mama esquerda. Observe se há caroços nas mamas ou nas axilas e se há secreções pelos mamilos.



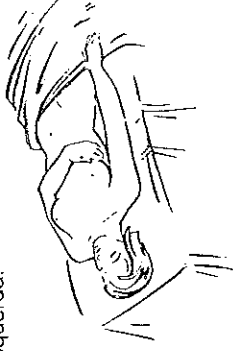
▶ Deitada - posição 1

Coloque um travesseiro debaixo do lado esquerdo do corpo e a mão esquerda sob a cabeça. Com os dedos da mão direita, apalpe a parte interna da mama. Inverta a posição para o lado direito e apalpe da mesma forma a mama direita. Verifique também se há secreções pelos mamilos.



▶ Deitada - posição 2

Com o braço esquerdo posicionado ao lado do corpo, apalpe a parte externa da mama esquerda com os dedos da mão direita. Inverta a posição e apalpe da mesma forma a parte externa da mama direita com os dedos da mão esquerda. Verifique também se há secreções pelos mamilos.



Verifique novamente se existem caroços nas axilas ou secreções pelos mamilos.

O que fazer se observar alguma alteração?

Se você notar alguma mudança nos seios, procure imediatamente um serviço médico. Os ambulatoriais, postos e centros de saúde pública devem ajudá-la. E caso o seu médico solicite uma mamografia, exija o Selo de Qualificação no resultado do seu exame. Ele é a garantia de um exame confiável.

Lembre-se também que alguns hábitos saudáveis podem ajudá-la a evitar a doença. Uma alimentação equilibrada, evitando açúcares e gorduras, uma atividade física regular - como, por exemplo, uma caminhada diária - e não fumar são importantes para manter o bom funcionamento do organismo. Fazendo o auto-exame das mamas mensalmente e adotando um estilo de vida mais saudável, você estará se prevenindo contra o câncer de mama.

ANEXO 2

Grupos Focais

GRUPOS FOCAIS

Nas transcrições, procurei enfatizar as falas das mulheres.

GRUPO 01

O contexto (Janeiro/1998)

Este grupo aconteceu no Centro de Saúde. Participaram 10 funcionárias do setor administrativo e minha colega de mestrado Eneida Maria M. Goya.

Após as explicações devidas sobre a pesquisa, iniciei o grupo, perguntando sobre o que elas pensavam sobre o câncer de mama.

As falas

"Ah! É uma doença que a gente tem medo" (Alda)

"Como que acontece esta doença?" (Maria)

"Eu conhecia uma moça, nova daqui de Alumínio que morreu disso" (Sueli)

"O câncer vem silencioso, como um ladrão e leva tudo da gente." (Valéria)

Depois de um longo silêncio, pergunto como elas pensam que acontece o câncer.

"Eu penso que vem com a gente quando nasce." (Ana)

Que mais?

"Falta de alimentação." (Valéria)

"Ah se é como ela falou, hereditário, vem do sangue". (Alda)

"Cigarro também." (Elza)

“A gente não sabe como ele vem, como começa. É triste.” (Rosa)

“Se tem caso na família dizem que é genético.” (Carla)

“Na minha cabeça, eu nem sei o que pensar do câncer.” (Sara)

“É verdade que homem também tem câncer de mama?” Risos... (Daniela)

“O câncer só fica no colo do útero ou vai para outras partes?” (Sueli)

Pausa:

Neste momento vou explicando a partir do que elas falaram, mostro alguns slides com a figura da mama...

Elas perguntam:

“Por que quando na menstruação a mama ficava dolorida e agora que estou na menopausa não sinto mais?” (Alda)

“É verdade que quem amamenta não tem câncer?” (Carla)

“Ah! Eu amamentei.” (Alda)

“Eu conheci uma mulher que amamentou e teve câncer.” (Valéria)

“A gente apalpa e sente um monte de pelote. Como vou saber se tem caroço?” (Elza)

Após responder, pergunto sobre o que elas sabem do auto exame de mamas, se fazem e como fazem? Durante minhas explicações, várias mulheres palpam as mamas.

“Eu faço o exame todos os dias quando eu passo creme, faço massagem, me sinto muito bem cuidando de mim, não saio de casa sem passar creme, tem que cuidar, depois que cai não tem mais jeito.” (Sara) continua

“Eu tinha uma dor no peito e o médico falou que era falta de lubrificação, que era normal. Ele falou que passando creme todos os dias nas mamas, resolve o problema.”

“Minha cunhada sentiu um caroço, mas estava grávida, teve o nenê e a bolinha tá lá.”
“(Daniela)”

“A Dra. falou que porque eu sou gorda, é difícil examinar a minha mama.” (Rosa)

“Eu examino a minha mama de vez em quando. Ah! não sei como saber se é caroço.” (Elza)

“Eu só examino quando vou no médico fazer o papanicolau..” (Valéria)

“O médico não faz o exame de mama” (Alda)

“O caroço dói?” (Carla)

“Eu não tenho tempo de fazer exame, tenho que cuidar dos filhos.” (Maria)

Pergunto, e você Sueli?

“Eu tenho medo até de palpar a mama, e se eu acho algum caroço?”

Quando apresento os modelos de mamas, surgem risos e brincadeiras.

“Que bonitinha, bem durinha, olha!!” (Alda), risos...

risos... *“Tem que fazer carinho”. (Carla)*

“Parece que tem um monte de sagu” (Valéria)

“Nossa é assim duro o caroço? ”Pode ter mais de um caroço na mama? (Elza)

“Ah, qualquer pelotinho que eu acho, já penso que é câncer.” (Daniela)

“Deixa eu ver como é.” (Maria)

“Deus me livre, olha? Que caroço grande.” (Sara)

“Já pensou se eu vou fazer o exame na minha mama e não acho?” (Rosa)

“É deste jeito mesmo que a gente sente o caroço?” (Sueli)

“Achei muito bom você ter vindo falar sobre isso, a gente aprendeu muita coisa.” (Sara)

Em geral as mulheres expressaram satisfação em ter participado do grupo. Encerro falando do atendimento no Centro de Saúde.

GRUPO 2

O contexto (Abril/1998)

Este grupo foi realizado na Escola Municipal Infantil, na Vila Industrial. Nesta ocasião, participaram 10 professoras da pré-escola.

Perguntei a elas: “O que pensam quando falo “câncer de mama”?”

As falas

“Não é quando a gente sente caroço no seio? E eu, graças à Deus, não sinto nada.”(Nancy)

“Câncer maligno é aquele que tá perdido, não tem mais jeito”.(Irene)

“Ah! Uma mulher sem mama é uma coisa horrível”.(Carina)

“’E uma coisa que a gente tem que ter mais preocupação”.(Luzia)

“Acho que se ver no começo, tem cura”.(Katya)

“Palavra que não gosto nem de falar. É difícil falar”.(Tânia)

“Penso que é a morte”.(Aurora)

“É verdade que quem amamenta, não tem câncer?”(Célia)

“O uso da pílula não pode causar câncer de mama/”(Clarice)

“Só sei que é uma doença muito triste.”(Ariane)

Durante as falas, vou esclarecendo suas dúvidas .

“Por que algumas mulheres tem câncer no útero e depois aparece em outro lugar?”(Luzia)

“A minha tia, coitada! Teve câncer de colo, depois operou, passou um tempo e apareceu na mama.”(Katya)

“Os médicos falam que é metástase, não é? Quando é maligno ele espalha”.(Clarice)

Pausa:

Faço algumas esclarecimentos sobre as falas, passo a introduzir sobre os aspectos preventivos.

“Precisamos nos cuidar, mesmo. Hoje em dia a gente corre tanto e não pára.” (Luzia)

“Eu não fazia a palpação na região da axila, eu pensava que era só no meio da mama.” (Aurora)

“Agora eu entendi porque tem que fazer todo o mês.” (Katya)

“Eu acho difícil, parece tudo igual.” (Célia)

“É falta da gente acostumar a palpar.” (Ariane)

Sugiro ao grupo para apalparem as mamas. Algumas começam a palpar por baixo da roupa. O que estão sentindo?

“Tem um monte de pelotes.” (Aurora)

“Ah! É macia, cheia de bolinhas.” (Nancy)

Então, o que parecem essas bolinhas macias? Pergunto.

“Essas bolinhas me lembram sagú.” (Ariane)

“Elas são bem redondinhas, parece uvinha.” (Clarice)

“Parece grãos, mas, não é duro.” (Aurora)

“A minha cunhada sentiu um caroço, mas estava grávida, teve o nenê e a bolinha tá lá, é dura mas não cresce.” (Luzia)

Vou explicando como são as características normais da mama e como podem ser os caroços. Ao examinarem as mamas brincam e comentam:

“Ah! Quando eu puder fazer plástica, quero ficar com a minha assim. Claro sem os caroços.” (Katya)

“A gente sente deste tamanho o caroço?” (Tânia)

Esclareço que este elas estão sentindo é um modelo, que podemos sentir quando menor, que é o ideal.

“Dá para perceber que a consistência é diferente, é duro”. (Amanda)

“A gente precisa acostumar a palpar mais a mama.” (Nancy)

“Vou ensinar meu marido fazer.” (Irene) risos...

“É mesmo, assim um faz no outro. Homem também tem câncer de mama?” (Nancy)

Comento sobre o câncer em homens.

“Você pode falar sobre o câncer de útero?” (Célia)

Claro, o que vocês querem saber?

“Quando a mulher não tem mais relação, tem perigo de ter câncer? Tem que fazer o papanicolaou?” (Carina)

“Existe útero caído?” (Tânia)

“O meu papanicolaou não deu nada, eu tenho que fazer o exame todo ano? (Aurora)

“É normal parar a menstruação com 45 anos? Eu fiquei mocinha muito cedo, tinha 9 anos, tem alguma coisa haver?” (Amanda)

Esclareço, e falo sobre o atendimento no Centro de Saúde. Disponho-me a atendê-las e fazer o exame de mamas e tirar suas dúvidas.

Elas comentam:

“Foi muito bom, você precisa marcar mais vezes para conversar com a gente.” (Katya)

“É mesmo, a gente sempre tem reunião, podia sempre deixar uma hora para você vir aqui.” (Nancy)

“Tem muita coisa que a gente tem dúvida. ”Você tem que vir aqui um dia para falar de menopausa.” (Irene)

Encerramos o grupo.

GRUPO 3

O contexto (27/08/1998)

Este grupo foi realizado com 16 merendeiras, no Centro de Saúde. Nesta ocasião contei com a colaboração nas observações da Enfermeira Rosemary.

No geral, as mulheres demonstraram-se curiosas, atentas.

As falas

Pergunto sobre o que elas pensam sobre o câncer de mama.

Silêncio... o que vocês sabem sobre o câncer de mama? Sobre o auto exame de mamas?

“A gente não sabe como ele vêm, como começa. É triste!” (Rosa)

“É para ver se tem nódulo.” (Wanda)

“Na minha cabeça, nem sei o que pensar do câncer.” (Nora)

Uma das participantes conta :

“...eu tive um tumor há doze anos, fui encaminhada para Sorocaba sem saber de nada.” Não tive mais nada.” (Márcia)

Observamos olhares de espanto e surpresa das participantes.

Aproveito a sua experiência para falar sobre o diagnóstico precoce.

“Por que será que tem gente que sara e outras a doença volta?” (Nora)

“É dizem que tem câncer benigno e o maligno.” (Bel))

Faço algumas considerações e falo da importância do diagnóstico precoce.

Palmira comenta que teve dois casos na família, a irmã com câncer nos ossos, o irmão no estômago e pergunta?

“O câncer tem hereditariedade”. Tem outras coisas que causam esta doença?”

Faço alguns comentários

“Se eu achar um caroço, vou ser atendida logo no centro de saúde? Se esperar vaga pode piorar.” (Sônia)

“Quem faz o exame de mamas no posto?” (Cecília)

“Eu faço o exame todos os dias quando eu passo creme, faço massagem, me sinto muito bem cuidando de mim, não saio de casa sem passar creme, tem que cuidar, depois que cai não tem mais jeito.” (Sara)

“É difícil chegar no médico, a gente fica acanhada.” (Zelma)

“O exame deve ser feito todo mês?” (Denise)

“Ah! Quando aperta a gente vai, eu fiquei nervosa com uma dor no peito, aí doía mais ainda, eu tive que passar naquele dia mesmo no médico, a hora que a gente começa a sentir alguma coisa a gente corre.” (Livia)

“A gente trabalha, pensa nos outros primeiro, falta tempo.” (Vera)

“A gente vive correndo!” (Antônia)

“Como é o tratamento da menopausa?” (Glória)

“Por que o papanicolaou mudou para fazer a cada três anos?” (Mafalda)

“Eu sinto muita dor nas mamas antes da menstruação. Uma semana antes eu já sei que vou menstruar, por que será isto?” (Bel)

Após algumas explicações, demonstro o auto exame de mamas. Algumas começam a palpar-se. Pergunto o que elas sentem?

“Parece umas uvinhas.” (Wanda)

Explico melhor sobre como são as mamas e como perceber o caroço.

Mostro os modelos de mamas e solicito que elas palpem. Risos e brincadeiras

“Eu que não tenho útero há seis anos, que não tenho mais menstruação, como eu vou saber? Eu fim o papanicolaou e o exame de ultra som nas mamas, o doutro achou um caroço, falou que não é grave, eu vou voltar nele o mês que vem.” (Rosa)

Explico sobre o papanicolaou.

Palmira comenta:

“O caroço é como se fosse uma semente.”

“Não dá para deixar quieto, tem que procurar.” (Wanda)

“Por que quando na menstruação a mama ficava dolorida e agora que estou na menopausa não sinto mais?” (Mafalda)

“O corrimento pode dar câncer?” (Sônia)

“Eu tirei o útero e os ovários, por que minha mama dói?” (Cecília)

“Eu acho que estou na menopausa, tenho um calorão.” (Denise)

“Faz três meses que não vem, será que vai parar? Pára de uma vez?” (Sônia)

“Por que a gente fica com este calourão no rosto. Ah, tem dia que eu não aguento.”

(Nora)

Explico e falo sobre os hormônios. Risos quando falo do desejo sexual.

“O meu médico é o Dr ° Alfredo, a gente tem vergonha de falar.” (Livia)

“O meu é o Dr ° Franco, eu também não falo.” (Márcia)

“O papanicolaou tem que fazer com as meninas, elas conhecem a gente, se for com elas eu não faço.” (Denise)

“Ai credo, é um serviço sujo, ainda bem, que tem gente que faz. Eu jamais ia querer fazer isto.” (Rosa)

“Não sei como você consegue fazer este serviço.” (Palmira)

Após algumas orientações, encerramos o grupo.

GRUPO 4

O Contexto (05/03/1999)

Foi realizado no Centro de Saúde, com 5 mulheres . Essas mulheres após o grupo, realizaram consulta de enfermagem e coleta do papanicolaou.

As falas

O que vocês pensam sobre o câncer de mama?

“Eu acho que toda mulher deve se olhar porque depois, é difícil. Tem que deixar a vergonha de lado. Meu filho de 18 anos perguntou se eu tinha feito o papanicolaou. Até meu marido, que pela ignorância que tem, é um homem de 60 anos, acha que tem que fazer e eu a cada 6 meses venho fazer.” (Helena)

“Qualquer pelotinho a gente já acha que é câncer.”(Diana)

“Eu estava vendo outro dia a novela que a mulher tá com este problema, a novela Pérola Negra e sei lá... se eu tiver isto, eu não tenho força, até para fazer o exame eu tô nervosa.” (Joyce)

“Eu não tenho medo, faço o exame de mama todo mês, não preciso ir ao ginecologista para sentir se tenho caroço.”(Deusa)

“Uma vez tive uma ferida no útero, fui cauterizar e a médica judiou de mim, depois tive meu filho e só fiz uma vez o exame de prevenção, eu peguei trauma. Eu morro de medo, tô fazendo porque é necessidade, senão depois é pior, é uma obrigação, eu tenho que fazer, porque medo eu tenho.”(Gabi)

“Eu nunca tive medo, desde o início que a médica disse que tinha que fazer, eu fui numa boa, sem pânico. Eu faço o exame de mamas, eu ei também que as vezes a gente faz alguma coisa e mexe com o seio e eu sinto dor. Graças à Deus eu nunca percebi nada.”(Deusa)

“Uma vez minha filha ficou com o seio como casca de laranja e fui olhar. A gente vai mudando o corpo dia a dia, por isso, é importante ter alguém com experiência como você para orientar a gente.” (Helena)

“Higiene, graças à Deus, eu sempre tive, tenho um único homem na minha vida. Eu nunca tive nada sério, mas, sempre faço o exame.”(Helena)

“Se tem caso na família, falam que é genético.” (Diana)

“Eu acho que o que a gente come, gordura, também causa câncer.” (Helena)

“É, os conservantes, enlatados, mussarela, presunto.” (Joyce)

“Ah! Eu acho que os agrotóxicos, eles plantam feijão, milho, quando eu como passo mal, atenho cólicas. A mandioca, o milho, eles dizem que não colocam agrotóxico, mas, lá no Paraná, eu como essas coisas e não passo mal de jeito nenhum. Eu acredito que é o adubo que eles colocam para as plantas crescerem.” (Gabi)

Faço algumas considerações.

“A gente precisa de informações de pessoas que transmitam confiança, que não tenham vergonha da gente e com geitinho chega e fala para gente.” (Helena)

“A mulher que amamenta tem risco bem menor de ter câncer do que aquela que nunca amamentou? Eu conheci uma mulher que amamentou e teve câncer de mama.” (Helena)

Ofereço os modelos de mama. Risos e brincadeiras.

“O câncer é aquilo que vai tomando conta, comendo a gente e se espalhando.” (Gabi)

“Eu fiquei com uma mama maior que a outra, tem alguma coisa diferente?” (Joyce)

“Eu comecei a palpar e achei um monte de pelote.” (Diana)

“O caroço é como se fosse uma semente.” (Deusa)

Explico como podem perceber o caroço.

“Dar informação ajuda a não apavorar, a vida da gente é uma coisa muito forte, estando juntas, é mais fácil dividir o medo.” (Helena)

GRUPO 5

O contexto (24/03/1999)

Foi realizado no Centro de Saúde, com 5 mulheres . Essas mulheres após o grupo, realizaram consulta de enfermagem e coleta do papanicolaou.

As falas

O que vocês pensam sobre o câncer de mama?

“Sinceramente eu acho que não tem mais jeito, que vai morrer. Vivi na minha família o câncer. É morte, final sofrimento para a pessoa e família.”(Ana Nery)

“O câncer é hereditário? Minha sogra teve câncer de mama e agora tem a neta dela com 16 anos. A esperança é que não seja nada. Ela é tão nova, solteira. Em todo mundo pode dar?” (Joana)

“Não tem cura, por que? Tem várias doenças que os médicos curam. Penso que é a morte.”(Paula)

“Quando amamenta pega câncer?”(Paula)

“Eu penso que vem do sangue.”(Joana)

“É hereditário, mas, vem do cigarro também.”(Paula)

“A bebida também.”(Ágata)

“É o álcool..”(Joana)

“Falta de alimentação.”(Jane)

“O que adianta eu descobrir, o que posso fazer? Não tem jeito”. Lembra da Betânia, quando morreu, como sofreu! Por que será que uns quando descobre é rápido e outros demora bastante?” O Leonardo, o cantor foi tão rápido!”(Ana Nery)

Explico.

"O câncer para desenvolver, vai do organismo da pessoa ou não? Tem pessoa que tem o organismo mais forte e resiste mais. A pessoa mais fraca, o câncer desenvolve mais rápido?" (Ana Nery)

Explico.

"A gente tem que lutar. Como a Ana Nery, ela desiste. Porque acha que não tem jeito." (Jane)

"Eu preciso mudar o meu modo de pensar em relação ao câncer, se eu tiver um resultado de câncer e tiver possibilidade de cura, eu vou lutar, mas será difícil, pois, o câncer para mim, sinceramente, é a morte." (Ana Nery)

"Uma mulher que perde a mama, deve pensar do lado da vaidade, pensar que vai ficar feia, e não querer olhar no espelho." (Jane)

"Aí vai da cabeça. Fiquei internada quatro meses com uma doença no coração, participei de muita palestra e conversando tive força, engravidei. O médico me deu uma receita e disse que se eu fizesse tudo direitinho eu durava cinco anos. Olha eu estou aqui, minha filha tem nove anos, eu estou aqui, como se diz, não é uma questão que eu não esteja doente, minha doença não tem cura, mas, eu vivo a vida, a gente não pode pensar que tem a doença e vai morrer. Tem que aprender a conviver com a doença, tem que mudar a idéia." (Joana)

"Eu tenho medo da dor física." (Jane)

"A dor do câncer deve ser terrível. Você conheceu aquele senhor...? Gente! Precisava ver o sofrimento daquele homem, teve câncer na cabeça, gritava tanto, só usava medicação forte, o quarto inteiro ouvia." (Ana Nery)

"Eu não sabia que o câncer de mama crescia rápido." (Joana)

"E a gente preocupa-se com o câncer de colo porque está mexendo mais. Risos..., fica vermelha. Na mama é diferente mesmo. Ai! meu Deus do céu, eu pensava que no seio não crescia rápido." Eu tenho muito problema na barriga, fiz muitos exames em São Paulo, pediram mamografia eu disse que não precisava, porque não sentia nada, depois, explicaram que era perigoso." (Jane)

"A mama é muito importante, ela enfeita o nosso corpo." (Ana Nery)

“Se tirar a minha mama, eu não tenho vaidade, tem que gostar de mim do jeito que sou.” (Joana)

“A mama tem bastante utilidade.” (Ágata)

“A mama dá prazer, tesão.” (Jane)

Risos e brincadeiras.

“A mulher que tem muito hormônio é difícil engravidar?” (Paula)

“Tanta gente fala que não faz o exame de mamas. Vergonha! Imagine é uma coisa tão natural.” (Joana)

“Acho que é a vergonha. Eu só ia no médico no pré-natal. Eu morria de vergonha. Eu não queria ir de jeito nenhum.” (Jane)

“A gente vai relaxando, hoje não dá tempo, cuida disto, daquilo. A gente morre e o marido arruma outra, daí não adianta ter tempo mais, se não correr atrás, não adianta.” (Ágata)

“Acho que eu peguei trauma de médico, qualquer coisa eu vou no médico.” (Joana)

“A gente tem que dar força uma para outra..” (Joana)

Ao referir a vagina utilizam alguns termos: como xânia, ritinha, piriquita, cheirosa.

“As mulheres tem mais tempo de inventar.” (Joana)

“É feio dizer o nome verdadeiro. Tem que dar apelido.” (Ana Nery)

“Dizem que o homem também tem câncer. O marido também tem que fazer exame de mama.” (Paula)

Feitas algumas contribuições, encerro o grupo.

“A gente pensa que sabe de tudo. Começa a conversar e vê que tem muito para aprender.” (Joyce)

“É bom quando a gente tem alguém para orientar.” (Ana Nery)

GRUPO 6

O Contexto

Foi realizado no Centro de Saúde, com 4 mulheres. Essas mulheres após o grupo, realizaram consulta de enfermagem e coleta do papanicolaou.

As falas

“Eu tenho pavor.” Eu tenho aquele problema que inflama o peito, eu sou super preocupada. Não sei me examinar, sinto caroço, dói.”(Leni)

“Eu acho que assusta.. Tinha uma amiga, que já faleceu de câncer, com 49 anos. Foi descoberto tarde, passou para os ossos. Em um ano ela faleceu...”(Leni)

Pausa.

“O fato de doer pode ser alguma coisa? Eu tenho um caroço, dói os ombros, os ossos, quando eu vou no médico, ele me passa remédio, mas, fica aquilo na cabeça, porque não melhora.. Este caroço tem dois anos, não cresce, ele dói mesmo, me atormenta.”(Leni)

“Você já fez mamografia.”(Maria)

“Não porque dizem os médicos dizem que não há necessidade.”(Leni)

“Você não acha que ficaria mais segura.”(Maria)

“Ah! Sim.”(Leni)

“O que é mamografia?”(Esther)

“Eu já vi na televisão, expreme a mama. Eu acho que era uma boa ela fazer, para ela ter certeza”.(Eneida)

Faço algumas explicações sobre as colocações das mulheres e falo sobre o auto exame de mamas.

“Melhora e volta, o problema é que a gente fica pondo coisa na cabeça.” (Leni)

Falo sobre a ação dos hormônios, displasia mamária...

“No meu pensamento eu achava que o câncer doía bastante no começo”. (Eneida)

Falo dos sinais e o que dever ser observado nas mamas.

“Uma vez eu vi uma pessoa dizer lá na escola, que o câncer é de comer enlatados, de cigarro, mas, eu não entendo como uma pessoa adulta pega câncer?” (Eneida)

“O meu avô, ele tinha 80 anos, fumava desde os 11 anos, tinha saúde, não tinha nada no pulmão.” (Leni)

“Um casal perto da minha casa, saudável, tem religião. A filha deles nasceu com câncer no osso, e o outro filho também teve. A gente não entende, né?” (Leni)

“Ai! Meu Deus.” (Maria)

“O que a gente pode fazer para prevenir o câncer?” (Esther)

“Eu fazia mamografia, é só ela que resolve.” (Eneida)

“Tem que auto examinar.” (Leni)

“Eu não consigo me auto examinar e pode ter muita gente como eu.” (Maria)

Apresento os modelos de mamas .

“Tem pessoa que tem esta doença é vive até 10 anos.” (Eneida)

“Eu fui no Pronto Socorro e o médico disse que eu não tinha nada, só tinha anemia. Lí o resultado do exame e achei que ia morrer, a mesma coisa acontece com os outras coisas.” (Leni)

"Tenho medo e pavor quando faço o auto exame. Conforme eu examinava, para mim aquilo tava crescendo, na minha cabeça. Eu passei na médica, ela disse que era glândula, passou o remédio, depois que passei nela parece que tirou a dor. Eu começava a fazer e parecia que estava crescendo. Ficava nervosa."(Leni)

"Eu não fico nervosa."(Esther)

"Tem muita gente que tem esta doença. E eu por causa da diabete não como mais nada."(Eneida)

Falo do auto exame.

"Eu tenho complexo do tamanho da minha mama."(Leni)

"Amamentei tantos filhos, nove filhos."(Esther)

"Perder a mama é uma parte que eu admiro muito, amamentei meu filho."(Eneida)

"O brasileiro está começando a dar valor para as mamas."(Esther)

"A mama é estimulante para os homens."(Maria)

"Eu achava que a mulher que amamenta não tinha câncer."(Eneida)

"Pode ter amais de um caroço em uma mama?"(Leni)

"Ai! Deus me livre, olha o tamanho deste caroço!"(Esther)