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

# SOBRE O CÂNCER: CONHECIMENTO E SENTIMENTO ANDAM JUNTOS?

(As representações sociais sobre o câncer reveladas pelos estudantes do curso de Medicina da PUC/SP)

Rita de Cassia Rezende Maciel

Sorocaba/SP março/2004

#### Rita de Cassia Rezende Maciel

# SOBRE O CÂNCER: CONHECIMENTO E SENTIMENTO ANDAM JUNTOS?

(As representações sociais sobre o câncer reveladas pelos estudantes do curso de Medicina da PUC/SP)

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Eni de Jesus Rolim

Sorocaba/SP Março/2004

Maciel, Rita de Cássia Rezende

M189s

Sobre o câncer: conhecimento e sentimento andam juntos? (As Representações sociais sobre o câncer reveladas pelos estudantes do Curso de Medicina da PUC/SP) / Rita de Cássia Rezende Maciel. -- Sorocaba,SP 2004. 76f.

Orientadora: Profa.. Dra.. Eni de Jesus Rolim Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, 2004 Inclui anexos

1Câncer 2. Educação Médica - Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, SP. 3. Representações sociais. I.Rolim, Eni de Jesus, orient. II. Universidade de Sorocaba: III. Título.

Elaborada por Vilma Franzoni - Bibliotecária CRB-8/4485

# Sobre o câncer: conhecimento e sentimento andam juntos?

(As representações sociais sobre o câncer reveladas pelos estudantes do curso de Medicina da PUC/SP)

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

Profa. Dr.a Eni de Jesus Rolim

Prof<sup>o</sup>. Dr. Marcos Antonio

dos Santos Reigota

Universidade de Sprocaba

Prof<sup>o</sup>. Dr. Gilson Luchezi Delgado

Pontifícia Universidade Católica de São

Paulo

Sorocaba, 16 de março de 2004

Para meus pais Silvio e Cida, meus irmãos Hamilton e Antônio, responsáveis pela minha formação pessoal, familiar e intelectual.

Para Francisco amigo e companheiro, que se fez presente em todos os momentos acreditando e incentivando na realização deste trabalho.

Para Breno, meu filho...

#### **Agradecimentos**

Ao meu querido amigo-irmão Gilson Delgado, por sua presença incansável nesta jornada de estudo e trabalho. Sua confiança foi fundamental para o meu desenvolvimento profissional.

Ao professor Marcos Reigota, por ter me ensinado o caminho das representações sociais.

A professora e orientadora Eni de Jesus Rolim, por todo acolhimento e dedicação nesta trajetória. Sua amizade tornou-se fundamental para sempre.

A essas pessoas meu carinho e os agradecimentos especiais por terem acreditado e confiado nas minhas possibilidades, compreendendo cada etapa vivida durante o curso e no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Centro de Ciências Médicas e Biológicas da PUC/SP, em especial aos professores que cederam parte de suas aulas para a realização desta pesquisa.

A todos os colegas do curso pela oportunidade de poder dividir os mesmos sonhos e ideais.

#### Resumo

A fim de identificar as representações sociais sobre o câncer, elegi a teoria das representações sociais de Moscovici, o qual buscou na sociologia das representações coletivas de Durkheim o primeiro abrigo conceitual para suas objeções ao individualismo da psicologia social. A hipótese inicial deste trabalho era de que os conhecimentos adquiridos durante os anos de formação acadêmica transformariam as representações sociais sobre o câncer. Em minha prática profissional, constato que o preconceito com o adoecer de câncer é quase uma constante e apesar de todos os avanços nas áreas técnica e farmacológica e além do trabalho da mídia, muitos relacionam a palavra a uma sentença de morte. A pesquisa deu-se com alunos do Curso de Medicina da PUC/SP, através de questionário semi-estruturado. Foram elaboradas cinco questões; as respostas listadas de acordo com o período [1º e 11º] e posteriormente analisadas comparativamente. Participaram da investigação 155 alunos, sendo 91 do 1º período e 64 do 11º período. Após análise e tratamento das respostas, constatei que não há diferenças nos sentimentos dos sujeitos com relação à doença. O conhecimento científico foi adquirido, mas não foi suficiente para desconstruir os medos e a associação do câncer com o sofrimento e a morte. Encerro esta pesquisa sugerindo que as Escolas Médicas trabalhem o adoecer de câncer, a partir do contato do acadêmico com suas representações negativas, possibilitando o desconstruir e o reconstruir de novas representações, o que trará grandes benefícios para o médico e para o paciente.

Palavras Chave: Câncer; Educação Médica; Representações sociais.

#### **Abstract**

Intending to identify the social representations about cancer, I have chosen the social representations theory of Moscovici, whom searched in the sociology of the collective representations of Durkheim the first conceptual refuge regarding his objections to the social psychology of the individualism. The initial hypothesis of this work was that the acquired knowledge during the years of academic formation would change the social representations of cancer. During my professional performance, was proved that the prejudice of getting ill with cancer is almost a constant and even despite all advances in technical and pharmacological fields, and the media's work, most people relate the word to a sentence of death. The research occurred with students of the Medicine Course from PUC/SP, based on semi-structured questionnaires. Five questions were elaborated; the answers were listed according to the periods (1st. and 11th.) and then comparatively analyzed. In the investigation 155 students participated, such as 91 from the 1st. period and 64 from the 11th. period. After having the answers analyzed and treated, I noticed that there are no differences on people's feelings in relation with the illness. The scientific knowledge was acquired but it was not enough to destroy the fierce and the cancer's association with the suffering and death. However, I conclude this research suggesting to the High Schools to work with the sickness of cancer since the contact of the academic with your negative representations, in a way to make possible to destroy and rebuilt new representations, which will bring great benefits to the doctor and to the patient.

Keywords: Cancer; Medical Education; Social representations

# SUMÁRIO

CAPITUL	<b>)</b> 1
1.1	Minha trajetória 09
1.2	Um só nome para muitas doenças 13
1.3	Representações sociais 18
1.4	Sobre a educação21
1.5	O curso de Medicina no Brasil, em Sorocaba
	e a disciplina de Oncologia23
CAPÍTULO	O 2
2.1	Objetivos
2.2	A obtenção dos dados29
2.3	Os atores 34
2.4	As respostas dos atores35
CAPÍTUL	O 3
3.1	Em busca de significados para as manifestações
	dos atores 59
3.2	O médico e o paciente: grande desafio na mudança
	de relações 68
PEEEBÊ1	NCIAS 71

### MINHA TRAJETÓRIA

Treze anos... este é o tempo de vivência com pacientes oncológicos.

De estudos o tempo é bem maior. Iniciou-se quando ingressei na escola e esta era vista [por mim, pelo menos] como um "templo", onde as pessoas eram obrigadas a ir e ali aprendiam como entender e conviver com o mundo adulto.

Confesso que por muito tempo vi na escola meu passaporte para conhecer números matemáticos, regras e todas as coisas que eu não conseguia entender. No íntimo sempre pensava que um dia a escola me ensinaria. Isso era um alento...

Lembro-me das pessoas concluírem seus estudos e saírem da escola prontas para ensinar. Ao menos na minha família, as mulheres que exerciam alguma atividade fora de casa eram professoras.

Nas brincadeiras infantis, entre bonecas e casinhas, também tínhamos a da escola. Dividíamo-nos e uma sempre ficava no papel da professora, o restante do pequeno grupo era 'submisso' aquela líder. Mas ela era sempre 'boazinha' e prestativa, qualquer de nós que representasse o papel de professora era meiga e gentil com as outras.

Minhas representações foram construídas baseadas nestas experiências. Havia também a recomendação familiar de que para ser 'alguma coisa' na vida era necessário estudar. Lembro-me que também repeti muitas vezes isso para o meu filho...

Assim, a escola cresceu comigo e eu cresci fazendo parte de uma ou de outra, às vezes saía de uma para outra, mas sempre havia a máxima reforçada pelos adultos, de que mais importante do que brincar e até trabalhar, era estudar.

Não contesto a maneira como me relacionei com a escola e as professoras e professores que tive. Meus pais não tiveram de enfrentar dificuldades nesta minha relação. Confesso que havia algumas matérias que eu pouco entendia, mas quando o final de ano se aproximava cortavam-se as brincadeiras e era só estudar, até o dia dos exames. Na verdade, o objetivo era passar de ano e ter garantido as férias na casa dos avós, caso contrário, amargar dias iguais em casa mesmo.

Hoje revejo este período e percebo que a escola teve um papel importante em minha vida e em meus ideais.

Acreditei que esse era mesmo o único caminho para aquele 'ser alguém' que me diziam. Consigo ver que mais do que ensinar, a escola é o caminho para mudanças, para a possibilidade de ser e como alguns autores colocam, de transformação do mundo.

Poucas vezes deixei de estudar, mesmo quando por um tempo não freqüentei a escola, pensava sobre o que eu poderia ser como profissional [além de ser professora como as mulheres da família]. Queria mais...

Fui professora, hoje me considero educadora, sinto-me com mais responsabilidade quando uso esse termo. Sou também psicóloga e foi nesta profissão, estudando, trabalhando e refletindo sobre a mente e o comportamento humano que descobri a importância da escola em minha vida, minhas representações sobre ela e a motivação para trabalhar, além da Educação, com pacientes oncológicos.

O encontro entre a Psicologia e o desenvolvimento deste trabalho se deu a partir desta vivência. Cada vez que mencionava meu trabalho clínico com pacientes de câncer, percebia a expressão de espanto nas pessoas. Algumas chegavam a questionar o por quê deste interesse, outras perguntavam diretamente como era trabalhar com a morte já relacionando a doença a uma passagem para o fim da vida.

Confesso que isto me incomodava muito, pois, se como profissional não gostava da comparação, ficava pensando no doente, como ele deveria se sentir quando dizia seu diagnóstico a alguém. As reações nem sempre são colocadas de forma direta, as expressões muitas vezes falam mais.

Revestido pelo medo o câncer ainda representa para muitas pessoas a sentença final, o estar condenado ao sofrimento, à dor e à morte. Observo que independente do nível de escolaridade ou de conhecimento das pessoas esses sentimentos sempre se mostram presentes.

Atualmente vivemos grandes transformações, pesquisas e progressos em muitas áreas. Os meios de comunicação interagem com as pessoas colocando-as informadas de todos os avanços, principalmente na área Médica. O acesso ao conhecimento parece garantido, mas mesmo assim, a angústia e o medo de adoecer de câncer permanecem.

As representações negativas sobre a doença, constatadas em minha prática, mostram-se tão impregnadas nas pessoas, que passei a refletir sobre como os

médicos devem sentir a doença.

Minha hipótese inicial era de que com o estudo médico e os conhecimentos adquiridos na formação acadêmica, o sujeito faria uma reavaliação de seus preconceitos e sentimentos com relação ao câncer, assumindo assim uma nova posição frente à doença. No dia a dia observo que a postura assumida pelo médico, tanto na confirmação do diagnóstico como na trajetória do tratamento é fundamental para o paciente, pois é na reação do profissional que o doente irá definir as formas de enfrentamento para sua doença.

Motivada por questões como esta e acreditando na Educação como caminho de transformação é que resolvi desenvolver este trabalho.

Escolhi como referencial a teoria das representações sociais, pois conforme o professor Reigota coloca, esta é uma teoria contemporânea, que revela a maneira como o indivíduo interpreta os fenômenos sociais.

Através das representações sociais os indivíduos compartilham seu posicionamento frente a temas e objetos do cotidiano.

Conforme citações do professor Reigota, a representação social possibilita que o sujeito tome consciência de seus pensamentos e idéias, de sua visão de mundo e de suas atitudes, acomodando os conflitos e encontrando uma maneira de tornar familiar aquilo que é desconhecido.

Concordo com a sugestão do professor, de que não se deve ficar apenas na identificação das representações, mas deve-se ir além, descontruíndo e reconstruíndo novas representações.

Relacionando as representações sociais com a Educação, César Coll (1994) nos diz que no campo da aprendizagem significativa o aluno constrói, modifica e coordena seus esquemas, estabelecendo redes de significados que enriquecem o seu conhecimento do mundo físico e social e potencializam o seu crescimento pessoal.

Nesta relação entre representação social e aprendizagem, encontro também em Coll (1994) que criamos novas atribuições de significados, quando relacionamos o que já sabemos com aquilo que estamos aprendendo.

Novamente volto a questionar a relação entre representação social sobre o câncer e o ensino aprendizagem sobre a doença.

Coloco aqui o ensino-aprendizagem como meio de transformação e a representação social sobre o câncer como objeto a ser desconstruído e reconstruído

por pessoas que terão importância e influência direta na representação da doença trazida pelo paciente.

Espera-se que o médico, embora não esteja isento dos sentimentos e do temor do adoecer, tenha através do acesso ao conhecimento científico, mais informações e um novo posicionamento frente ao câncer.

Deste modo, seu comportamento diante do doente e da doença acontecerá de forma mais tranquila e segura, ajudando o paciente a desfazer-se de suas representações negativas e apoiar-se em informações reais sobre o tratamento e o diagnóstico precoce da doença.

# UM SÓ NOME PARA MUITAS DOENÇAS...

Se fossemos imortais, poderíamos, com razão, adiar cada uma das nossas ações até o infinito; nunca teria a menor importância realizá-las agora, neste momento preciso, podendo muito bem realizar-se amanhã ou depois de amanhã, ou daqui a um ano ou dez. (FRANKL, 1986, p.109).

Câncer é um conjunto de doenças de base genética, cujas características fundamentais são a divisão celular desordenada e antibiológica, e a invasividade celular tecidual. (Holland et al, 2000).

Conforme relata Melo (1989), foi o médico romano [nascido na Grécia] Cláudio Galeno, o primeiro homem a descrever o câncer, comparando o desenvolvimento tumoral com o caranguejo pelas características entre ambos.

Galeno 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 purgativo, também desenvolveu a teoria dos quatro humores sobre a saúde e a doença. (Kushner apud Oliveira, 2000).

As emoções evocadas pelo câncer, tanto para os que sofrem como os que falam dele, corresponde à idéia de um caranguejo:

Os caranguejos são animais noturnos que vivem sempre em profundidades invisíveis e se deslocam de uma maneira característica — de lado — mal coordenada e imprevisível. Protegidos por uma carapaça sólida, são quase que invulneráveis; agressivos, de olhar fixo e penetrante, apoderam-se inexoravelmente da presa, que depois torturam até a morte. A fim de prosseguirem o seu objetivo de crescimento e multiplicação, fazem inúmeras vítimas que neutralizam sem aviso prévio e sem lhes deixar qualquer escapatória. (MEERWEIN, 1981, p.83).

Foram localizados por Smith e Dawson apud Thorwald (1999), uma série de osteomas nos esqueletos de três múmias da época de 2563 a 2433 A.C. (5ª dinastia), um deles se encontrava no fêmur e outros dois no úmero. Essa descoberta fez com que chegassem a conclusão que devia tratar-se, no caso, de osteossarcoma, um tipo de tumor maligno nos ossos.

Thorwald (1990) conclui que uma vez que se constatou a existência desse tipo de tumor maligno nos ossos, devia-se contar com a ocorrência de câncer também em outros órgãos.

Segundo Porter (2001), o câncer de mama era menos freqüente nas mulheres do que nos dias atuais, o mesmo autor coloca que talvez, porque a maioria das pessoas não vivesse tempo suficiente para que a doença emergisse. Suas

consequências fatais eram, entretanto, conhecidas e operações de mastectomia eram recomendadas já no século XVIII.

A Fundação Oncocentro de São Paulo – FOSP (2002), demonstra que os estudos sobre o câncer ganharam consistência no século XVIII. A mesma fonte informa que um dos primeiros dados sobre estatística e mortalidade por câncer foram publicados em 1915 por Hoffman, no livro intitulado "A mortalidade por câncer no mundo".

A Organização Mundial da Saúde (OMS), estima que no mundo todo, ocorrerão mais de 10 milhões de casos novos de câncer Boyle (1997). Segundo informações do Ministério da Saúde (1999), no ano de 1987, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) registrou 106.990 mortes por câncer, número superado apenas pelos óbitos ocorridos por doenças cardiovasculares e por causas externas.

O Instituto Nacional do Câncer – INCA, através da sua Coordenação de Prevenção e Vigilância – CONPREV, é o órgão do Ministério da Saúde responsável pelo desenvolvimento das ações nacionais que almejam a prevenção do câncer. A missão do INCA é desenvolver estratégias dirigidas à prevenção e controle do câncer no Brasil, cuja execução exige que prioridades sejam estabelecidas com base em dados de incidência e mortalidade.

No ano de 2002, o INCA estima que em todo Brasil foram registrados 337.535 casos novos e 122.600 óbitos por câncer. O mesmo órgão informa que o principal câncer a acometer a população brasileira será o câncer de pele não melanoma, seguido pelas neoplasias malignas de mama feminina, próstata, pulmão e estômago.

Para o ano de 2003, o INCA coloca que as neoplasias já se encontram em 2º lugar no *ranking* das causas de morte no Brasil, tendo já superado as causas externas. Sua estimativa é de que em todo Brasil ocorrerão 402.190 casos novos e 126.960 óbitos por câncer.

A preocupação com o adoecer sempre esteve presente na trajetória humana. De acordo com Lyons e Petrucelli (1987), no tempo mesopotâmico a Medicina se misturava com o místico e a enfermidade era encarada como um castigo cometido contra os deuses. Segundo os mesmos autores, naquela época acreditava-se que as doenças eram lançadas e distribuídas por demônios ou espíritos malignos que possuíam o corpo do pecador causando nele estragos.

Com Hipócrates a doença passou a ser concebida como um processo natural nascido de causas naturais: clima, dieta, modo de viver. A partir dele, a Medicina foi separada da crença dos deuses e saúde definida como resultado da harmonia e da simpatia mútua de todos os humores. Um homem saudável era aquele num estado mental e físico balanceado. Melo (1989).

Atualmente, a Biologia Celular e Molecular definem o câncer como uma desordem celular e, embora normalmente se manifeste como um tumor (um inchaço) formado por uma massa de células, o tumor visível é o resultado final de uma série de mudanças que possivelmente demoraram anos para ocorrer. (Franks e Teich, 1990).

Com o avanço do conhecimento biológico sobre o câncer, informações sobre marcadores tumorais e sobre a epidemiologia genética têm sido disponibilizadas, constituindo-se em novas ferramentas disponíveis sobre a doença.

Sontag (2002) ao escrever "A doença como metáfora", relata que ao longo do século XIX as metáforas sobre o câncer se tornaram mais virulentas, grotescas e demagógicas e mesmo nos dias atuais há uma crescente tendência a chamar de doença qualquer situação que se quer reprovar. A enfermidade, que poderia ser considerada uma parte da natureza, tanto quanto é a saúde, tornou-se sinônimo do que quer que se tenha tornado "artificial".

Em seu trabalho de representações sociais sobre o câncer de mama, Oliveira (2002) cita que chagamos ao final do século XX com profundos conhecimentos científicos sobre os tumores das mulheres apresentando condições especializadas de prevenir, detectar, tratar e curar a grande maioria deles. De fato, vivemos um tempo de grandes avanços tecnológicos e farmacológicos, principalmente na área de pesquisas e tratamentos oncológicos.

Apesar desta constatação, Kóvcs (1992) é contundente ao colocar que embora o homem seja o único ser consciente de sua mortalidade e finitude, a sociedade ocidental com toda a sua tecnologia está tornando o homem inconsciente e privado de sua própria morte.

Assim sendo, afirma a autora, ao receber o diagnóstico de algum tipo de câncer, o sujeito se vê diante da possibilidade eminente da morte, do deixar de ser. E a morte não é mais considerada um fenômeno natural, e sim, fracasso, impotência ou imperícia e por isso dever ser ocultada.

Em sua discussão sobre o sofrimento humano e seu aspecto filosófico, Schramm (1999) coloca que para a sensibilidade contemporânea do mundo ocidental, essencialmente laico e secular, tanto a dor quanto o sofrimento são encarados cada vez mais como sendo sem razão e sem sentido, portanto um mal a ser legitimamente evitado e combatido.

Spink (2003) em seu trabalho sobre Representação estratégia de enfrentamento e bem-estar psicológico sobre o câncer de mama, em colaboração com Maria da Glória Gimenez, busca estabelecer um contexto mais amplo, menos focalizado na problemática do câncer, de modo a não direcionar as associações de idéias sobre corpo, seio, saúde e doença para o câncer de mama. Conclui que mesmo as mulheres que deixam transparecer repertórios já descartados pelo saber oficial exploram fatores causais variados, revelando o esforço de produção de sentido para a doença percebida como ameaçadora. Tal esforço foi encontrado em seu trabalho também na diversidade de termos usados para nomear a doença: câncer, câncer de mama, caroço/carocinho, doença, coisa, nódulo, pedra pedrinha, isso, ferida, bolinha.

Oliveira (2000) relata sobre a importância da mídia e das campanhas divulgadas sobre o tema do câncer, discutindo os efeitos que estas tem sobre a população. A autora questiona sobre as verdadeiras intenções da publicidade, seja de forma subliminar ou didática, na construção de nossas representações.

Reigota (1999) em seus estudos sobre as imagens (desenhos, caricaturas, fotos, capas de livros, publicidades, etc.) na perspectiva da teoria das representações sociais, considera que as imagens originam, difundem e "materializam" representações sociais presentes nos meios profissionais, culturais, sociais e acadêmicos, solidificando preconceitos e estereótipos ao mesmo tempo em que "legitimam" posições equivocadas.

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.

Tenho a oportunidade de acompanhar em minha prática profissional, pessoas com diagnósticos diversos sobre algum tipo de câncer e observo que ainda

predomina em grande parte delas o medo da palavra câncer, parecendo ser até de mau presságio pronunciá-la.

A discussão em torno do câncer é intensa e mesmo apresentando uma abordagem ampla [biopsicossocial], ainda nos deparamos com a angústia por que passam os pacientes quando aguardam os resultados de exames ou após terem se submetido a algum tipo de tratamento e/ou cirurgia.

Depoimentos de várias pessoas dão conta de que em cada retorno ao médico, em geral surgem sentimentos contraditórios, ao mesmo tempo em que espera-se por notícias positivas sobre seu estado de saúde, temem também por constatações de que pouco ou nada tem sido eficaz o suficiente no combate à progressão da doença.

Importante também observar que a posição assumida pelo profissional que dá o diagnóstico ou aquele que acompanha o paciente durante seu tratamento, é ponto decisivo na interpretação que o paciente faz da doença e dos resultados de exames que recebe das mãos do médico.

Tal fato nos leva a refletir sobre as representações sobre o câncer apresentadas pelos médicos e seu significado na interpretação e nas representações que o paciente fará do diagnóstico de sua doença, podendo reforçar ou não aquelas trazidas do seu cotidiano, num processo dinâmico de desconstrução e construção ou vice-versa sobre a doença.

## REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que tem como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de forma significativa. (MOSCOVICI, 2003, p.46)

Eleger uma teoria é uma necessidade, pois conforme cita Bung apud Bruyne et al. (s/d), sem teoria não há ciência, e conceber uma teoria como parte do processo metodológico possibilita impregná-la concretamente, pois toda experimentação, ao confrontar-se com o real — o objeto real — que é a base da investigação, está em função da teoria para apreendê-lo.

Haguette (1990) privilegia as metodologias qualitativas, com relevância dos aspectos subjetivos da ação social. O grande desafio para a autora não é o domínio dos métodos e técnicas, mas sim a minuciosa visão de mundo, entendida como pré requisito fundamental para a atividade do pesquisador.

Para Victora et al. (2000) os métodos qualitativos da pesquisa são utilizados para quem busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre, permitindo a observação.

Considerei para a realização deste trabalho, a importância dos aspectos da relação ensino-aprendizagem e as representações dos sujeitos pesquisados com relação ao tema.

A escolha pela abordagem qualitativa deve-se à adequação apropriada entre a realidade social e a questão das transformações que poderão vir a ocorrer em razão do conhecimento científico sobre o câncer, adquiridos pelos sujeitos nos anos de formação universitária.

Para Bodgan et al. (1994), o objetivo da investigação qualitativa é o de melhor compreender o comportamento e experiências humanas, tentar compreender o processo mediante o qual as pessoas constróem significados.

Assim, a teoria das representações sociais aborda os posicionamentos dos indivíduos, frente a objetos cotidianos, não como reações singulares, e sim como reatualização de saberes compartilhados nos grupos. Farr (1999).

Busquei o enfoque qualitativo, à luz das representações sociais, como uma possibilidade adequada para conduzir esta investigação, haja visto a posição central

que tem ocupado nos estudos históricos relacionados às áreas da educação e da saúde.

Na realidade, foi mais no campo da Psicologia, da Sociologia e Antropologia Médicas que elas se desenvolveram. Isto porque, dentro das próprias fronteiras da disciplina da História, o conceito ou o princípio metodológico de representações sociais, em geral não se explicita.

O termo "representação", neste caso, aparece como sinônimo de "interpretação" que vários espaços/tempos históricos produziram acerca do que seria, sobretudo a doença.

Mesmo sem carregar o adjetivo de "sociais", as representações são encontradas dentro de sua qualificação filosófica, conforme definição encontrada nos dicionários: conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento. (FERREIRA, 2003, p.).

Este conteúdo básico está na episteme das representações sociais, tendo em vista a correlação que faz com a capacidade possuída por qualquer pessoa de produzir conhecimentos.

Sob a ótica das ciências sociais, Minayo (1984) coloca que a produção desse conhecimento só se concretiza como saber a partir da experiência prática da ação humana. Por isso, as representações sociais podem ser conceituadas como categorias de pensamentos, ação e sentimento que expressam dada realidade, na medida em que explicam, justificam ou questionam.

O primeiro cientista social contemporâneo a utilizar o conceito de representação social, conforme cita Reigota (1998) foi Serge Moscovici que publicou na França em 1961, *La Psychanalise: Son image et son publique*. No Brasil sua obra foi publicada em 1978 com o título: A representação social da psicanálise, pela Editora Zahar.

Moscovici buscou na sociologia das representações coletivas de Durkheim o primeiro abrigo conceitual para suas objeções ao excessivo individualismo da psicologia social. Seu objetivo era penetrar nas representações para descobrir a sua estrutura e os seus mecanismos. (Sá, 1999).

A teoria das representações sociais toma como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem

construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade. MOSCOVICI (2003)

De acordo com Reigota (1999), esta é uma teoria que busca compreender como o indivíduo ou a coletividade interpreta os fenômenos sociais. O autor cita que as representações sociais circulam, comunicam como determinada temática é vista e refletem o contexto sócio-histórico e cultural no qual o sujeito está inserido, sendo passíveis de serem modificadas, de tornarem-se mais elaboradas, mais contextualizadas.

As representações sociais são conceituadas como conhecimentos práticos constituídos a partir das relações sociais, e, simultaneamente, é o quadro de referência que permite dar sentido ao mundo e às ferramentas que instrumentalizam a comunicação. Emergem como pensamento constituinte ou núcleos estruturantes sob a força das determinações sociais, a partir dos processos de ancoragem e objetivação. Spink (1999)

Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa, pois coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existem e ao mesmo tempo são ameaçadoras. A neutralidade é proibida, cada objeto e ser devem possuir um valor positivo ou negativo e assumir um determinado lugar em uma escala hierárquica.

Quando estudamos representações sociais nós estudamos o ser humano, enquanto ele faz perguntas e procura respostas ou pensa e não enquanto ele processa informação, ou se comporta. Mais precisamente, enquanto seu objetivo não é comportar-se, mas compreender. (Moscovici, 2003).

Objetivar é reproduzir um conceito em uma imagem, é a materialização de uma abstração. Nossas representações tornam o não-familiar em algo familiar. Enquanto na ancoragem a memória é mantida em movimento e direcionada para dentro do sujeito, na objetivação ela é mais ou menos direcionada para fora, ou para os outros, extraindo daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzí-los no mundo exterior .

Rodrigues (1999) coloca que as representações sociais resultam de uma representação mental apreendida na consciência; advém de figuras, imagens, atos ou de experiências aos quais o indivíduo atribui um significado ou símbolo, conforme seja sua percepção sobre o mesmo, podendo originar comportamentos ou atitudes.

Diante da necessidade de quantificar algo tão subjetivo como os sentimentos dos sujeitos com relação ao adoecer de câncer, encontrei no método qualitativo o apoio ideal para o desenvolvimento deste trabalho.

Para Minayo (1994) a análise do conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, a análise do conteúdo relaciona estrutura semântica (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características, variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

Qualitativamente, a autora cita que a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Para este trabalho foram analisados as imagens retratadas nas falas dos alunos e que traduzem suas representações sobre o câncer.

#### Sobre a educação

É muito fácil continuar a repetir as rotinas, fazer as coisas como tem sido feitas, como todo mundo faz. As rotinas e repetições têm um curioso efeito sobre o pensamento: elas o paralisam. A nossa estupidez e a nossa preguiça nos levam a acreditar que aquilo que sempre foi feito de um certo jeito deve ser o jeito certo de fazer. (RUBEM ALVES, 2002, p.77)

Moscovici (2003) em seu livro Representações sociais – Investigações em psicologia social, ao comentar sobre os trabalhos de Piaget e Vygotsky, coloca as intenções de ambos: procuravam indícios relacionados à assim chamada mentalidade "primitiva".

Vygotsky ressaltou a importância fundamental da palavra, da inter-relação e diferenciação entre linguagem e pensamento ao elaborar os fatos empíricos, os conceitos e os princípios explicativos. Afirmava que a escolha da palavra implicava um processo metodológico e defendia que deveria haver uma permanente fusão entre teoria e metodologia. Molon (1999)

Seguindo, coloca que o significado de uma palavra é convencional e dicionarizada, sendo mais estável e preciso. Enquanto o sentido de uma palavra

pode ser modificado de acordo com o contexto em que aparece, diferentes contextos apresentam diferentes sentidos para uma palavra.

Na perspectiva Vygotskiana, Rivière apud Molon (1999), declara que 'Vygotsky concebe o sujeito como um resultado da relação, a consciência como um resultado dos signos e as funções superiores como resultado da comunicação'. O sujeito interativo é construído na e pela interação com os outros e nas pautas de relação interpessoal.

Para Vygotsky, a origem das funções mentais mais elevadas devem ser buscadas na história social fora do organismo individual, o que implica uma mudança fundamental em todas as áreas da psicologia. La Taille (1992).

Moscovici (2003) comenta que há uma sugestão intrínseca nos trabalhos de Vygotski de que o senso comum é um mediador necessário de assimilação, seja ele cultural ou científico, o que torna possível os estudos baseados na teoria das representações sociais e parte da psicologia social.

Nos trabalhos de Piaget encontramos que seu objeto de estudo era do sujeito epistêmico, o sujeito do conhecimento. La Taille (1994) nos explica que teoricamente o sujeito epistêmico estaria em cada um de nós, permitindo-nos, cada qual em sua cultura, em meio às contingências por que passa, construir conhecimentos, científicos ou não.

Na vertente do construtivismo Coll (1999) afirma que a educação escolar promove o desenvolvimento na medida em que promove a atividade mental construtiva do aluno, responsável por transformá-lo em uma pessoa única, irrepetível, no contexto de um grupo social determinado.

Na posição socio-interacionista da teoria de Vygotsky, o conhecimento é construído na interação entre sujeito e objeto e a ação do sujeito sobre o objeto é socialmente mediado.

Outras doenças também apresentam representações negativas, mas o que pretendo neste trabalho é buscar, através do trabalho de Vygotsky, ferramentas que me capacitem para a compreensão da construção das representações sociais sobre o câncer e a possibilidade de desconstrução de tais representações através da relação do sujeito com a aprendizagem escolar (conhecimento científico).

# O CURSO DE MEDICINA NO BRASIL, EM SOROCABA E A DISCIPLINA DE ONCOLOGIA CLÍNICA

O contato com a Faculdade de Medicina através deste trabalho, despertou em mim o interesse em me situar com relação à história da criação desta Escola no Brasil. Não tenho a intenção de me alongar nela, mesmo porque o foco da investigação não está centrado neste ponto, mas considero importante rever seu início em nosso país e seus números nos dias atuais.

Também tomei como relevante, a breve história da criação da Faculdade de Medicina da PUC/SP, por ser o cenário deste trabalho e o início do ensino da disciplina de Oncologia Clínica, seu desenvolvimento e objetivos atuais.

A quantidade de faculdades de Medicina no Brasil cresceu nos últimos anos e o número de profissionais que entram anualmente no mercado de trabalho é cada vez maior. (Gregório, 2002).

Os primeiros cursos de Medicina do país foram fundados em 1808 quando o governo português se transferiu para o Brasil. Dom João, Príncipe Regente na época, assinou a Carta Régia de 18 de fevereiro daquele ano, fundando a Escola de Cirurgia. Alguns meses depois, foi criada a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, que funcionava no Hospital Militar.

A partir de então, a quantidade de cursos de medicina no país foi crescendo até chegar ao número de 100. Este, no entanto, não foi um processo gradativo. Até a década de 50, havia 26 cursos no Brasil, mas entre 1960 e 1969 foram criados mais 37. Já nos anos 70, houve a criação de 13 cursos e, na década seguinte, surgiram somente quatro novos cursos no país. A última década significou a retomada da criação de novos cursos: fora, 20 desde 1991, segundo o Conselho Federal de Medicina. Gregório (2002).

A Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) nos mostra em seus dados mais recentes, que existiam até novembro do ano passado 111 escolas médicas, sendo 58 públicas e 53 privadas, mas especialistas na área trabalham com um total de 116 faculdades. (Oncken, 2003).

Com relação à Faculdade de Medicina de Sorocaba, sua história foi contada pelo Dr. Hely Felisberto Carneiro. Aluno da primeira turma, o Dr. Carneiro publicou

em 2000, um livro contando a trajetória da Escola que o formou e que completava naquele ano seu cinqüentenário.

Das narrativas de CARNEIRO (2000), listei aquelas que considerei mais relevantes para este trabalho:

- A idealização da criação da Faculdade de Medicina partiu do sorocabano Gualberto Moreira, homem dinâmico e de larga visão que além de médico, revelou-se um político extremamente habilidoso;
- Participou também com muito empenho e envolvimento o Padre André Pieroni Sobrinho, tendo sido o primeiro Secretário de Assistência Social;
- No dia 08 de dezembro de 1949, foi assinada a Ata de Fundação da Faculdade de Medicina de Sorocaba, sendo a primeira do interior do Brasil;
- A autorização para funcionamento da faculdade deu-se no dia 05 de março de 1950, através do Parecer nº 01, da Comissão de Ensino Superior, assinada pelo Dr. Afonso Silvano Brandão – Inspetor Federal;
- O primeiro Diretor Administrativo da Faculdade de Medicina de Sorocaba foi o Dr. Linneu Mattos Silveira;
- O primeiro concurso de habilitação, assinado no dia 22 de dezembro de 1950, foi publicado no Diário Oficial do Estado de São Paulo, no dia 04 de janeiro de 1951;
- A inscrição para os vestibulares despertou grande interesse, tendo sido oferecidas 50 vagas para 131 inscritos. Destes, somente 41 foram aprovados;
- A solenidade de início de ano letivo deu-se no dia 10 de março de 1951, com missa em Ação de Graças celebrada pelo Bispo Dom José Carlos de Aguirre, às 10, na Igreja Catedral;

- A aula inaugural ocorreu na mesma data, às 14 horas, sendo proferida pelo professor Dr. Odorico de Souza, no Anfiteatro da Faculdade, com a presença de autoridades civis, militares e eclesiásticas;
- A Faculdade de Medicina de Sorocaba foi reconhecida no dia 30 de março de 1954, através do Decreto nº 3529, assinado pelo Presidente da República Excelentíssimo Sr. Getúlio Vargas e pelo Professor Antônio Balbino, Ministro da Educação;
- Em 22 de outubro de 1955, a Faculdade que antes era gerida sob os auspícios da Pontifícia Universidade Católica – PUC, foi agregada definitivamente a essa Universidade;
- Consta do ano de 1975, a citação do nome Centro de Ciências Médicas e Biológicas – CCMB, denominação hoje usada para referir-se à Faculdade de Medicina de Sorocaba, englobando os Cursos de Medicina, Ciências Biológicas e Escola de Enfermagem.

Com relação à disciplina de Oncologia Clínica, realizei entrevista com o Prof. Dr. Gilson Luchezi Delgado (2003), atual professor da disciplina na Faculdade de Medicina da PUC/SP, e participante de sua criação.

Coloquei em tópicos seu desenvolvimento e pude notar que embora o câncer seja uma doença discutida desde a Antigüidade, somente nos anos 70 do século XX, é que a aprendizagem sobre ela veio a ser especificada através de uma disciplina.

- 1970 criação na América Latina, da disciplina pelo professor José Ramos de Oliveira Júnior. Sua intenção era difundir a especialidade emergente da oncologia entre os médicos, principalmente a Oncologia Clínica.
- 1975 lançamento do primeiro livro de Oncologia Clínica do Brasil pelo professor Ramos Júnior, pela Editora Sarvier.

- 1978 criação do Ambulatório de Oncologia Clínica e quimioterapia da Faculdade de Medicina, funcionando nas dependências do Hospital Regional.
- 1984 assume a chefia do Serviço de Quimioterapia o Dr. Gilson L. Delgado, que prioriza neste momento a remodelação estrutural e o atendimento ambulatorial.
- 1989 criação da disciplina de Problemas Clínicos Cirúrgicos em Oncologia na Pós-Graduação em Medicina na Faculdade de Medicina de Sorocaba -PUC/SP, pelo Dr Gilson Delgado e com duração de 4 anos;
- 1992 o Dr. Gilson assume a chefia da disciplina de Oncologia Clínica;
- 1993 iniciou-se a residência médica da especialidade reconhecida pela Associação Nacional dos Médicos Residentes;
- 1994 estruturou-se o núcleo de pesquisa em oncologia clínica do Serviço de Oncologia;
- estruturou-se o Núcleo de Pesquisa em Oncologia Clínica, no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS)
- 1994 falece o Dr. Ramos Júnior, que já estava aposentado.
- Como chefe da disciplina, o Dr. Gilson estabelece novas metas:
  - Divulgação da especialidade no meio médico;
  - 2. Preparação e formação de médicos generalistas com a visão integral do paciente oncológico;
  - Capacitação do médico não especialista na detecção de lesões com alto grau de suspeita e prevenção do câncer;
  - 4. Determinação de fatores de risco em diversas neoplasias;

- 5. Delineamento e cuidados práticos dos principais problemas em cuidados paliativos oncológicos, incluindo o manuseio da dor e dos pacientes terminais;
- 6. Apresentação dos princípios gerais do tratamento oncológico.
- 1998 Os alunos passaram a freqüentar também as enfermarias e ambulatórios de oncologia clínica.

Atualmente, a disciplina de Oncologia Clínica é apresentada aos alunos do sétimo e oitavo períodos do Curso Médico, sendo necessário o cumprimento de 144 horas que equivalem no final a 6 créditos acadêmicos.

#### **OBJETIVOS**

As representações sociais sobre o câncer entre os profissionais da área médica e identificada algumas vezes em minha prática motivou meu interesse no desenvolvimento deste trabalho.

A partir do ingresso no Curso Médico, quais as vivências trazidas do cotidiano pelo sujeito e que influências o conhecimento acadêmico pode exercer na transformação destas representações quando ele sai para sua prática profissional, independente da especialização que irá realizar.

Portanto os objetivos são:

- identificar as representações sociais sobre o câncer reveladas pelos acadêmicos de Medicina da PUC/SP;
- identificar as representações sociais presentes no 1º e 11º períodos do curso;
- avaliar a ocorrência ou não de mudanças nestes dois momentos.

### A OBTENÇÃO DOS DADOS

O instrumento de pesquisa (anexo 1), bem como o Projeto discorrendo sobre os objetivos do trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCMB-PUC/SP, em 04 de dezembro de 2000, tendo sido aprovado em 12 de dezembro de 2000, após atendimento das exigências protocolares e da Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, do Conselho Nacional de Saúde.

Todos os sujeitos participantes deste trabalho assinaram, para cumprimento da Resolução acima citada, lista com o termo "Consentimento livre e esclarecido" (anexo 2), que além de informá-los sobre os objetivos do trabalho dão à pesquisadora, autorização para uso das informações prestadas por eles. Tal documento foi assinado, simultaneamente à aplicação do instrumento, havendo explicações também verbais quanto ao anonimato das informações.

O mesmo instrumento foi utilizado para os dois grupos (1º e 11º períodos) havendo receptividade e colaboração dos professores contatados para o agendamento de sua aplicação.

Sua elaboração partiu do pressuposto de que o grupo do 1º período traz expectativas e representações quanto ao curso escolhido e o câncer. Spink (1999) coloca que as representações são também uma expressão da realidade intraindividual, uma exteriorização do afeto.

Assim, espera-se que este grupo, revelando as representações que traz sobre o câncer, possibilite ampla discussão sobre a importância dos anos de formação nas modificações [desconstrução/construção] destas representações.

O instrumento foi dividido em duas partes: na primeira o sujeito presta informações sobre sua procedência, nacionalidade, estado civil e religião, a fim de que se possam traçar as características gerais dos grupos (1º e 11º períodos). Na segunda, encontram-se as questões abertas, direcionadas para investigar sobre o envolvimento do sujeito com a profissão escolhida, as possíveis vivências com pessoas doentes de câncer, o significado da doença para eles e elas e as possíveis expectativas quanto à mudanças.

Para a aplicação do instrumento foi realizado contato e agendamento com as professoras do período inicial do curso. Usamos a sala de aula da disciplina de Medicina Social, o que pareceu ser significativo, visto o tema deste trabalho estar

voltado para uma questão social relevante. A turma dividida em dois sub-grupos: A e C, mostrou-se receptiva não havendo qualquer resistência quanto a colaboração e participação. O espaço da aplicação foi a sala de aula dentro da Universidade.

Para o 11º período, as dificuldades pareciam a princípio maiores. Divididos em quatro áreas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia, o agendamento para a aplicação do instrumento deu-se a partir do contato com o coordenador de cada área, sendo que a Ginecologia e Obstetrícia estão sub-divididas, havendo um coordenador para a Ginecologia e outro para a Obstetrícia.

Da mesma forma que as professoras do 1º período, todos os coordenadores foram receptivos a este trabalho, apresentando o calendário das reuniões de estudos e abrindo espaço neste momento para que a investigação acontecesse. Os acadêmicos colaboraram, apresentando-se de pronto para as explicações necessárias, não participando apenas aqueles que se encontravam envolvidos em outras atividades acadêmicas.

A aplicação deu-se em datas diferentes para cada grupo, trinta minutos antes da reunião de estudo de cada área, no hospital Regional. Apenas com o grupo da Clínica Médica é que o encontro ocorreu em sala de aula da Universidade, conforme orientação do coordenador.

Participaram deste trabalho 155 sujeitos, sendo 91 do 1º período e 64 do 11º período.

Após o trabalho de coleta de dados as respostas foram listadas, passando em seguida para o trabalho de análise de conteúdos.

Para Trivinos (1990), o processo de uma pesquisa qualitativa "não admite visões isoladas, estanques", assim para o tratamento dos dados parti para a análise de conteúdos, transcrevendo as respostas dos sujeitos, listando-as no que se refere às representações sociais sobre o tema, vinculadas à abordagem teórico metodológica, a literatura e a minha interpretação enquanto pesquisadora.

Neste processo, optei em seguir as seguintes fases de análise de conteúdos, preconizadas por Gomes (1999):

- Na primeira fase, o material a ser analisado deve ser organizado, definindo a unidade de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias.
- Na segunda fase, o material deve ser explorado através de exaustivas

leituras, aplicando o que foi definido na fase anterior Bardin (1979). Realiza-se neste momento a transformação dos dados brutos, visando o núcleo de compreensão do texto.

• A terceira fase é a do tratamento e interpretação dos resultados quando devemos desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto.

Na fase de tratamento e interpretação dos dados, as respostas foram consideradas de forma a se apresentarem significativas e válidas.

Lüdke et al. (1986) consideram importante que a análise não se restrinja ao que está explícito no material, mas que 'procure ir mais fundo, desvelando mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciados'.

O Curso de graduação de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), é composto por doze períodos o que corresponde a 12 semestres letivos.

Para o trabalho em questão não foram atingidos todos os estudantes, visto ser espontânea sua participação, assim como também o envolvimento de alguns em outros trabalhos acadêmicos.

Observamos que o número de mulheres participantes do Curso Médico na primeira turma [1950], era significativo, considerando que eram 44 homens e 07 mulheres. Atualmente, no 11º período encontramos 42 homens e 22 mulheres.

Neste ano de 2001, a PUC/SP alterou o número de vagas oferecidas de 80 para 100 e assim temos então no 1º período 50 homens e 41 mulheres. Embora tenha buscado na literatura alguns estudos à respeito dos gêneros, foi em BORDIEU (1999) que encontrei comentários à respeito da participação das mulheres nas Escolas Médicas, referindo-se à França:

Na faculdade de Medicina, a porção de mulheres decresce à medida que se sobe na hierarquia das especialidades, algumas das quais, como a cirurgia, lhes estão praticamente interditadas, ao passo que outras, como a pediatria, ou a ginecologia, lhes estão quase reservadas. (BORDIEU, 1999, p.109).

O autor coloca que as mesmas tarefas podem ser nobres e difíceis quando realizadas por homens ou insignificantes e imperceptíveis, fáceis e fúteis quando são realizadas por mulheres.

Outro dado da amostra é quanto as cidades de onde se originam os acadêmicos que buscam o Curso de Medicina em Sorocaba, sendo da Capital Paulista, seguidos de Sorocaba e Campinas o maior número de jovens. Das

vagas oferecidas, duas são para acadêmicos de outros países, conforme convênio estabelecido entre a Instituição e o Ministério das Relações Exteriores.

A religião predominante dos dois grupos é a católica, estando seu número muito além dos demais. Apenas dois acadêmicos são casados e encontram-se no 11º período.

A segunda parte do instrumento teve como finalidade a observação das representações sobre o câncer entre os sujeitos pesquisados. Para que se pudesse chegar a esses dados foram necessárias perguntas que desvelassem os possíveis significados da profissão escolhida e o envolvimento que poderá ocorrer entre o futuro profissional [médico], o paciente e a doença.

A fim de atingir os objetivos pretendidos no trabalho, foram elaboradas cinco questões, que conforme o exposto acima, após a leitura das respostas, foram listadas uma a uma, de acordo com o período – 1º e 11º, para que posteriormente se procedesse a análise comparativa das informações.

De acordo com Lüdke et al. (1986), a maior parte dos estudos qualitativos devem em sua fase inicial ser mais aberta, para que o pesquisador possa adquirir uma visão bem ampla da situação, dos sujeitos, do contexto e das principais questões do estudo.

Na fase subsequente do trabalho, se procedem a leitura das informações e sua listagem, havendo uma delimitação, o que torna sua leitura mais concentrada e produtiva.

De acordo com Bardin (1979), a análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de técnicas de comunicação visando obter, por procedimento sistemático os objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para Minayo (1994) a análise do conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, segue a autora, a análise do conteúdo relaciona estrutura semântica (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características, variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de

produção de mensagem. Qualitativamente, cita que a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso.

### **OS ATORES**

1º período: 91 Sujeitos

Masculino	50
Feminino	41

11º Período: 64 Sujeitos

Masculino	42
Feminino	22

Idades:

Anos	17	18	19	20	21	22	23	24
Sujeitos	04	18	27	23	12	04	01	02

Idades:

Anos	22	23	24	25	26	27	28	30
Sujeitos	07	12	19	10	11	02	02	01

Estado Civil: Todos solteiros

Estado Civil: 02 Casados / 62 solteiros

Naciona

nalidades:	Nacionalidades:

Brasil	89
Cabo Verde	02

Brasil	62
EUA	01
Paraguai	01

Religiões:

Católicos(as)	75
Protestantes	04
Judaica	02
Ateu/Atéia	03
Não tem	01
Sem resposta	02

Religiões:

Católicos(as)	54
Protestantes	02
Judaica	01
Ateu	02
Não tem	02
Sem resposta	04

#### AS RESPOSTAS DOS ATORES

(feminino, 21 anos)

Primeira questão: Por que você escolheu fazer Medicina?

# DESTAQUE DE RESPOSTAS DO 1º PERÍODO

Porque eu sinto a necessidade de ajudar o próximo. Eu acho que é uma profissão muito gratificante e saber que uma pessoa está se sentindo bem hoje graças a você é muito bom. (feminino, 18 anos).

Para poder ajudar o próximo, doar um pouco do meu tempo na vida em solidariedade às pessoas e realização pessoal.

(masculino, 20 anos).

Por pura aptidão e prazer pessoal. Quando criança, por problemas nefrológicos, por várias vezes (anos) necessitei da ajuda de muitos profissionais, principalmente do médico. Hoje, estou sã e farei por outros o possível e necessário, como fizeram por mim.

Porque me interessava desde pequeno e também pelo fato de meus pais serem médicos, isso acabou influenciando um pouco.

(masculino, 19 anos)

Porque tive muitos contatos com hospitais devido a doença que tive na infância. Tive estímulos de vários profissionais para escolher essa carreira. (masculino, 21 anos)

Por forte influência dos pais, além de apreciar a área da Medicina. (masculino, 20 anos)

## DESTAQUE DE RESPOSTAS DO 11º PERÍODO

Além da empatia pela prática médica (como ciência), um desejo maior de contribuir e ajudar pessoas enfermas e que necessitam de cuidados foram relevantes para que eu escolhesse a profissão. (masculino, 25 anos)

Porque assim poderia passar minha vida mantendo contato direto com as pessoas, ajudando-as. (feminino, 24 anos)

Pela intensidade do relacionamento humano que ela proporciona, pela troca de experiências, por altruísmo (pode parecer hipócrita, mas é verdade) e pelo conhecimento científico. (feminino, 23 anos)

Por ter o pai médico, sempre ter visto o seu trabalho e tendo admiração pela profissão em poder ajudar e tratar das pessoas. (masculino, 27 anos)

### **OUTRAS RESPOSTAS**

1º período	11º período
Afinidade com a área	Afinidade com a área
Sonho de criança	Sonho de criança
Prestígio social	Prestígio social
Aspecto financeiro	Aspecto financeiro
Curiosidade	Curiosidade
Não sabe definir	Não sabe definir
Exclusão	
Menor desemprego	

Segunda questão: O que significa o paciente para você?

### DESTAQUES DE RESPOSTAS DO 1º PERÍODO

Um próximo que necessita de ajuda tanto fisicamente como mentalmente, pois um médico não basta ser um excelente clínico mas sim, uma pessoa que dê confiança, apoio e sensibilidade ao paciente.

(masculino, 19 anos)

Um ser humano com sentimentos e medos que busca o auxílio médico, pois algum problema está lhe afligindo e que merece ser tratado com respeito e dignidade como qualquer outro cidadão.

(feminino, 20 anos)

Um amigo. Uma pessoa que necessita de ajuda. Para mim não é um número de quarto ou uma doença, ele é um ser humano que precisa ser tratado com respeito e dedicação.

(feminino, 19 anos)

Um ser humano como eu que necessita de um auxílio físico e/ou psicológico, por isso deve ser muito bem tratado e respeitado.

(masculino, 20 anos)

Ainda não sei o que o paciente significa para mim. Acho que esta é uma questão que somente o tempo e a experiência irão responder. O conceito do paciente em minha vida irá ser formado ao longo de minha carreira. Portanto, é muito cedo para definir uma questão que depende de relações humanas baseada em experiências cotidianas.

(masculino, 21 anos)

Um semelhante que sofre de alguma dor e que merece minha atenção e meu tempo.

(masculino, 18 anos)

Um ser a ser tratado com muita atenção, carinho e respeito. (masculino, 19 anos)

Um amigo. É uma pessoa que se foi em busca do médico, sente alguma necessidade; está de algum modo sofrendo. Esta pessoa necessita de ajuda e o médico tem que ser amigo, querer, gostar de cuidar dela. O médico tem que, em minha opinião, passar acima de tudo confiança ao paciente para que ele próprio queira e acredite em seu potencial de recuperação. (feminino, 18 anos)

É o objetivo principal da minha escolha profissional. Eu estudo e me dedico para que possa ao menos aliviar seu sofrimento. (feminino, 23 anos)

### **DESTAQUES DE RESPOSTAS DO 11º PERÍODO**

O paciente em primeiro lugar é uma pessoa com sentimentos, família, deveres e obrigações. Em segundo lugar é uma pessoa que pessoa que necessita de algum tipo de ajuda, estando ou não doente. Portanto, para mim, o picante não é apenas um instrumento e sim, uma pessoa que possui um nome e precisa de ajuda. (masculino, 25 anos)

Para mim o paciente é uma pessoa que sofre e está em busca de ajuda, de alívio, de cura; e na posição de médica devo fazer o que estiver ao meu alcance para confortá-lo e realizar o que a medicina pode fazer por ele. (feminino, 26 anos)

O paciente é o centro de minha atenção. É a ele que dedico meus conhecimentos, minhas experiências de vida, meu respeito e meu carinho, no sentido de promover a sua saúde e bem estar e não só curá-lo de uma doença. (masculino, 25 anos)

39

Uma pessoa carente emocionalmente devido alguma alteração física ou psicológica que perturbe seu contato com outras pessoas e deixando derrotada e

cansada.

(masculino, 23 anos)

Significa alguém que sofre por algum motivo e quem eu devo auxiliar. Pessoa única com seus medos, suas angústias, seus prazeres, seus costumes, suas

histórias que devo respeitar. Alguém que merece ser escutado, orientado.

(feminino, 25 anos)

O paciente é o que há de mais importante na medicina, pois é ele o portador

da doença, é nele que vão girar as drogas, ele é o centro das atenções.

(masculino, 26 anos)

Uma pessoa com dois significados distintos: alguém que precisa de respaldo

profissional para lhe aliviar as dores (dor no sentido amplo) e também, um "material

científico".

(masculino, 24 anos)

Terceira questão: Você já teve vivência com pessoa acometida de câncer?

Sim

Não

Relate:

DESTAQUES DE RESPOSTAS DO 1º PERÍODO

Minha mãe e minha avó materna sofreram de câncer de mama.

(masculino, 18 anos)

Infelizmente na minha família já houve alguns casos de câncer, mas nem

todos tiveram cura. Minha avó morreu em 82 de câncer no intestino, meu primo em

94 de câncer de língua e garganta e recentemente minha prima teve câncer de mama.

(feminino, 20 anos)

Minha avó materna teve câncer no intestino e pulmão – faleceu. Meu pai teve tumor na pele.

(feminino, 20 anos)

Um avô e uma avó. Os dois faleceram rapidamente. Minha avó eu não me lembro pois era pequena e meu avô foi no ano passado – câncer de intestino. Ele não resistiu a operação.

(feminino, 19 anos)

Meu irmão aos 2 anos teve câncer em uma vista e por isso só enxerga com o olho direito. Apesar de eu ser mais nova e não ter vivenciado esse sofrimento, acompanho sua luta diariamente. Hoje ele tudo que uma pessoa que enxerga com os dois olhos.

(feminino, 20 anos)

Um tio meu teve câncer no rim, quando a doença foi descoberta o órgão já estava tomado, então foi feita a extração do mesmo. Hoje ele vive bem e saudável. (masculino, 17 anos)

O pai do meu colega que eu conhecia desde que nasci, que descobriu um melanoma embaixo do braço e foi relatado que estava com o câncer no pulmão e cérebro, e infelizmente teve apenas um mês de vida após a descoberta. (masculino, 20 anos)

Minha mãe descobriu que tinha câncer de mama no ano passado; foi operada; seu tumor foi retirado, mas sinto ainda medo e dor nos olhos dela. A doença caminha sempre do lado dela e a morte pela primeira vez se aproximou. (feminino, 19 anos)

Minha avó e meu tio, ambos faleceram devido a câncer de pulmão e meu avô, câncer de rim.

(masculino, 20 anos)

Minha mãe já teve câncer de mama há 8 anos. Teve que retirar a mama e fazer o tratamento quimioterápico.

(feminino, 20 anos)

O máximo de proximidade que eu já tive com uma pessoa com câncer foi ouvindo meu pai contar de algum paciente que estava condenado, na dificuldade e delicadeza que se deve usar para falar com o paciente, com a família. Lembrei da faxineira que trabalha em casa. Ela teve câncer no pescoço há dois anos e atualmente a doença voltou. Ela nem parece Ter um câncer devido a forma fria que ela fala da doença ("doença ruim"). É uma pessoa lutadora. (feminino, 19 anos)

A mãe do meu namorado é muito próxima (íntima) de mim e há quase 1 ano e meio descobriu que tem leucemia. É uma rotina difícil, ela já esteve internada em isolamento por mais de 1 mês e toda a família sofre muito, não apenas o paciente. (feminino, 18 anos)

Meu primo mais velho teve leucemia e infelizmente veio a falecer após dois anos de sofrimento de toda família. Eu era ainda jovem mas a angústia e saudade prevaleceram em meus sentimentos.

(masculino, 19 anos)

Há 1 ano o pai de um amigo desenvolveu o câncer de uma maneira muito rápida e avassaladora. Ele faleceu muito rápido, apesar do tratamento por quimioterapia que destruiu seu corpo.

(masculino, 20 anos)

Durante algum tempo que fiz voluntariado na oncopediatria do Hospital do Servidor Público, em São Paulo. Mostrou-me o mundo do câncer à partir da visão da

criança. (masculino, 17 anos)

Eu convivi com pacientes da clínica médica por um tempo durante o estágio, pois eu cursava enfermagem nesta faculdade antes de vir para medicina. São pacientes com pouco ou nada de auto-estima, sofrem muita dor e a presença da família, dos entes queridos faz muita diferença durante o tratamento. (masculino, 22 anos)

Eu mesmo tive Linfoma de Hodgkins e estou sob acompanhamento médico até hoje.

(masculino, 19 anos)

Graças a Deus não. (masculino, 19 anos)

Responderam SIM_com relatos	46 sujeitos
Responderam NÃO ter tido vivência	44 sujeitos
Respondeu SIM, sem relato	01 sujeito

### DESTAQUES DE RESPOSTAS DO 11º PERÍODO

Acompanhei alguns pacientes, mas apenas em enfermarias e ambulatórios. Percebi a tristeza dos pacientes oncológicos, mas ao mesmo tempo enxerguei que eles tinham alguma esperança de cura (talvez um inconformismo com a doença); para nós é difícil de lidar com esse problema, pois sabemos do péssimo prognóstico. O que aprendi na Faculdade é acredito ser útil ao paciente é que devemos dar a ele uma adequada qualidade de vida, a começar com uma boa relação médico – paciente.

(masculino, 26 anos)

Um tio próximo teve câncer de intestino, eu estava no início da faculdade e lembro-me de que a família dele não contou até o dia de sua morte que ele tinha câncer; eles o levaram para fazer quimioterapia, sofria cirurgias e eles não conversavam com ele sobre o assunto do câncer. Lembro-me que foi uma doença que o restringiu muito para sair de casa e, portanto muitas pessoas começaram a fazer visitas para ele. Foi muito triste a morte dele, mesmo sendo ela certeira cada dia mais. Na ocasião sentia revolta pela família não falar a ele a doença e lembro-me muito bem do dia que olhei para os olhos dele e percebi que estavam sem vida, dali a poucos dias ele morreu. Foi triste. Atualmente tenho um amigo de infância que está com leucemia, igual da Camila (novela) e no início da doença dela participei esclarecendo a família dele sobre o que era este tipo de câncer, quais as esperanças e etc.. Acho que fui útil, mais ainda não consegui falar com ele diretamente porque não sei bem como ele está e já faz tempo que não conversava com ele... qualquer dia ligarei para ele.

(feminino, 25 anos)

Durante o nosso curso de oncologia (4º ano) nos deparamos com pacientes acometidos pelo câncer e confesso que a minha primeira impressão foi terrível. Eu não tinha despertado para a gravidade e conseqüências da doença. (masculino, 25 anos)

Superficialmente com pacientes da enfermaria. Não houve nada muito profundo para saber a repercussão psicológica do mesmo. (feminino, 23 anos)

Um vizinho meu tinha um carisma muito grande com todas as pessoas do bairro. Era alcoólatra. Após o início de sua doença não viveu mais que 1 mês, já que ela estava em estado avançado. Ele já sentia sintomas há anos, porém não falava para ninguém para não o impedirem de beber. Foi um episódio muito rápido, porém significativo para mim.

(masculino, 24 anos)

Só na família tive 2 casos: meu avô que morreu com câncer de próstata e meu pai que teve um carcinoma renal e foi operado há 1º ano e meio, feito nefrectomia radical. O caso do meu pai foi um achado de exame já que ele não sentia nenhum sintoma e, por isso, foi tratado num estágio inicial. (feminino, 26 anos)

Na disciplina de Oncologia, tive um paciente com TU Burkitt que morreu com uma evolução muito rápida (2 meses) (masculino, 23 anos)

Meu tio está neste momento com câncer de tireóide e passa por uma situação difícil, pois seu prognóstico é reservado e está com muita dor. (masculino, 26 anos).

Meu avô recentemente faleceu de câncer de próstata, além de várias pessoas da família. É muito triste e desesperador saber que a cura muitas vezes não é possível e que a pessoa definha devagar diante de seus olhos, restando apenas confortá-lo da melhor maneira possível.

(masculino, 23 anos)

Eu nunca convivi com familiares ou amigos acometidos de câncer; só foi possível pequena convivência com pacientes do CHS. O caso que mais marcou foi a uma paciente que entrevistei na escola médica. Estava no 2º ano; tratava-se de uma conversa para a disciplina de Psicologia. Ela apresentava leucemia, eu a vi em estado terminal. A paciente faleceu antes de eu completar meu trabalho. Me marcou muito e me fez sofrer por não poder ajudá-la. (feminino, 23 anos)

Além de pacientes, possuí um parente muito próximo o qual possuía CA de pulmão. Este teve sua vida totalmente transformada a partir de então, tornando-se uma pessoa dependente, em completo estado de sofrimento físico e psicológico. Para a família não era diferente. Todos tinham o sentimento de incapacidade por não poder ajudar completamente, mas ao mesmo tempo todos aceitaram uma morte

próxima como um fato mais que necessário. (masculino, 25 anos)

Familiares mais próximos não. Mas como já estou no 6º ano, tive a oportunidade de acompanhar vários pacientes acometidos com câncer e sem dúvida foram experiências enriquecedoras e muito valiosas. (masculino, 25 anos)

Tia materna com câncer de "vasos linfáticos" em tratamento. Avó materna com ca de mama.

(feminino, 23 anos)

Minha tia que sempre foi tida como uma mãe quando eu estava no 4º ano da faculdade de Medicina, ela estava em fase terminal de câncer no intestino. A família preferiu não interná-la para que ela morresse em casa, porém ninguém estava preparado psicologicamente para vivenciar sua morte. Foi um grande trauma, os filhos não conseguiam entrar no quarto nem mesmo o marido, ela morreu em minhas mãos.

(feminino, 24 anos)

Tive experiência na faculdade onde desde o 3° ano na enfermaria do Hospital Leonor, tive contato com pacientes em estágio avançado da doença. No 4° ano, com pacientes que faziam radio e quimioterapia. O mais importante é dar qualidade e dignidade de vida ao paciente. E sempre tentar ao máximo tirar a dor. (feminino, 25 anos)

Meu pai morreu de câncer de bexiga há 16 anos atrás. Eu tinha 9 anos e não entendia bem o que estava acontecendo. Mesmo assim, sentia o drama familiar e o ambiente pesado que se formou na minha família. Conseguia ver o sofrimento com nitidez e sofri junto com ele. Mesmo assim, consegui tirar coisas boas dessa situação: a vida é efêmera demais para nos preocuparmos com coisas pequenas. É preciso ter urgência em ser feliz.

(masculino, 25 anos)

Meu pai faleceu no ano passado vítima de câncer renal metastático no cérebro e pulmões. Desde o diagnóstico até a morte foram 2 anos e meio de muita luta, remissões e volta da doença, ele entrou em estado de depressão profunda que também afetou toda a família. Meu pai tinha 48 anos quando veio a falecer e juntamente com a doença vinha enfrentando a separação conjugal. (masculino, 23 anos)

Acompanhamos pacientes com câncer no 4 anos, não só em âmbito hospitalar como também sua vida familiar, medos e dificuldades, o apoio que buscam, que recebem. Foi uma grande experiência. (feminino, 30 anos)

Em trabalhos acadêmicos, já acompanhei vários pacientes com bons prognósticos e terminais. É uma experiência da qual procuro abstrair a melhor forma de confortar essas pessoas.

(feminino, 23 anos)

Responderam SIM com relatos de	41 sujeitos
vivências com pacientes e/ou familiares	
Responderam SIM com relatos de	12 sujeitos
vivências somente com pacientes	
Responderam NÃO terem tido vivências	11 sujeitos

Quarta questão: O que significa o câncer para você?

### DESTAQUES DE RESPOSTAS DO 1º PERÍODO

O câncer é considerado por mim a pior doença, pois prejudica o paciente fisicamente e psicologicamente. O paciente sofre por saber que pode morrer a qualquer hora.

(masculino, 20 anos)

A pior doença existente devido à forma como destrói o ser humano. (masculino, 20 anos)

É uma doença causada por diversos fatores e que como outro mal, pode levar a graves danos, como a morte; além de fazer sofrer muitas pessoas com seus tratamentos.

(masculino, 17 anos)

Um sofrimento muito grande e uma luta constante, que exige de todos relacionados ao paciente uma força descomunal e muita vontade de viver. Persistência infinitamente, já que a doença é muito imprevisível, muda todo o quadro com enorme rapidez.

(feminino, 18 anos)

Significa uma anomalia que muitas vezes é tratada com sucesso, mas que também pode significar a morte de muitas pessoas. É tida como algo muito mais tenebroso e mortal do que realmente é.

(feminino, 19 anos)

Um abismo. (masculino, 18 anos)

O câncer pode ser considerado uma das mais terríveis doenças que conhecemos. Além de atingir, simultaneamente várias partes do corpo, ninguém ainda sabe como evitá-lo.

(feminino, 20 anos)

Biologicamente falando acho que é quando um conjunto de células anormais passam a se multiplicar indevidamente (quantidade ou local). Câncer para mim traz uma visão emocional muito forte pois convivi com ele. A doença ataca calada. (feminino, 19 anos)

Uma doença que não se sabe a causa, nem sempre possui cura e que muitas vezes destrói totalmente o organismo. Ainda não há remédio tão eficaz para solucionar este problema.

(feminino, 20 anos)

Uma doença agressiva e sem cura que para ser resolvida precisa ser tratada com bastante violência e este tratamento acaba sendo muito agressivo para o paciente.

(masculino, 19 anos)

Uma disfunção extremamente grave e assustadora na qual a grande maioria dos casos da doença não apresentam cura definitiva ou seja, diagnosticada a doença é quase certo que em alguns anos a pessoa poderá falecer do mal. (feminino, 23 anos)

Uma doença que apesar dos avanços da Medicina ainda não tem cura. Talvez por isso eu encare o câncer como sinônimo de morte. (masculino, 18 anos)

Algo imprevisível, mas que hoje, com tantos recursos é possível ser curada e que exige muita dedicação.

(feminino, 19 anos)

O câncer é uma doença terrível que nem sempre pode ser prevenida e dificilmente a cura pode ser alcançada. Ataca cruelmente as pessoas que lutam para não chegarem a morte.

(feminino, 18 anos)

Para mim o câncer é uma doença cruel e alarmante que sendo descoberta tardiamente pode acabar com a sua vida em pouco tempo. (feminino, 18 anos)

Câncer significa uma doença causada pela divisão excessiva de uma determinada célula.

(masculino,18 anos)

Uma doença hoje em dia mais perigosa que a AIDS, e que necessita de mais estudos para ser vencido.

(masculino, 19 anos)

Uma doença que na minha opinião, é a pior que existe na atualidade, que muitas vezes é incurável.

(masculino, 20 anos)

É uma doença que venci e que me "persegue" indiretamente até hoje. (masculino,19 anos)

### DESTAQUES DE RESPOSTAS DO 11º PERÍODO

Uma doença que dependendo do tipo é muito grave ou não. (masculino, 24 anos)

Significa luta, muita luta. (feminino, 25 anos) Uma prova de que a vida é finita, mas não é necessariamente um atestado de óbito.

(masculino, 26 anos)

Um conjunto de doenças que pode ser devidamente tratada como qualquer outra. (masculino, 23 anos)

Uma doença muito triste que acaba por "consumir" toda a energia do doente, mas que está sendo cada vez mais conhecida e, portanto, com mais chance de ser encarada.

(feminino, 26 anos)

Uma doença difícil a qual passou a fazer mais parte da minha vida a partir do momento que iniciei a Clínica Médica, quando comecei a participar um pouco das aflições que os pacientes passam quando tem essa doença. Eu particularmente passei a ter mais medo da possibilidade de um dia poder ter que presenciar e vivenciar isso em minha família ou amigos. Talvez por isso não goste de oncologia. (feminino, 23 anos)

Uma das doenças que mais causam medo para o paciente e para os médicos. (feminino, 25 anos)

Significa sofrimento, ansiedade, uma luta em busca de melhor qualidade de vida. Significa ter a vida ameaçada de maneira quase injusta (masculino, 25 anos)

Uma doença muito cruel em grande parte dos casos, mas que pode ser prevenida (às vezes) se diagnosticada precocemente, em alguns casos pode-se até evitar a morte.

(feminino, 24 anos)

Uma das piores doenças – se não a pior – das doenças que tem se manifestado mais freqüentemente nas últimas décadas. Não acomete uma

determinada classe, idade, nacionalidade, depende sim em grande parte da genética individual e do meio em que vivemos, nosso estilo de vida. (feminino, 24 anos)

O câncer é uma patologia repleta de conceitos e pré-conceitos que precisam ser esclarecido e principalmente conversado com o paciente. Considero que o câncer não é apenas uma doença que não tenha cura, muito pelo contrário, existe cura, mas a doença traz consigo o estigma, o medo, a proximidade com a morte e isso tem de ser tratado com o paciente. (masculino, 24 anos)

Um ponto de mudança. Acredito que o paciente com câncer passa por um processo de avaliação de vida, as possíveis origens deste câncer e como sua vida será durante e depois que qualquer tratamento. (masculino, 23 anos)

Se diagnosticada precocemente: possibilidade de cura. Se não: atestado de morte com tempo em aberto (masculino, 26 anos)

Uma doença "perfeita", que é uma forma do organismo "eliminar" uma parcela da população (ou em excesso ou com predisposição para tal) É uma idéia um tanto fascista, mas é como eu encaro a doença: um mecanismo natural de seleção. (masculino, 27 anos)

Uma doença horrível que traz um significado de morte, perda e sofrimento. Mesmo sabendo das possibilidades de tratamento existentes nos dias de hoje, esta e a primeira imagem que vem no meu pensamento.

(masculino, 28 anos)

Uma sentença de morte, pois por mais que haja tratamento, mais cedo ou mais tarde a pessoa acaba falecendo. Na minha opinião, poucos são os

cânceres que realmente tem um tratamento eficaz. (feminino, 24 anos)

Uma doença horrível que traz um significado de morte, perda e sofrimento. Mesmo sabendo das possibilidades do tratamento existentes nos dias de hoje, esta é a primeira imagem que vem ao meu pensamento.

(masculino, 18 anos)

Uma das piores doenças pois, não temos cura e os acometidos sofrem muito junto com sua família.

(masculino, 26 anos)

A pior coisa do mundo, faço tratamento com fluoxetina, pois tenho cancerofobia. Qualquer coisa que acontecesse de diferente comigo já penso que é câncer e não suportaria o tratamento. Atualmente o pensamento sobre câncer ocupa 90% de meu tempo disponível.

(masculino, 25 anos)

#### **OUTRAS RESPOSTAS**

1º período	11º período	
Divisão, multiplicação, mutação,	Reprodução celular	
disfunção celular		
Doença grave	Doença maligna	
Dolorosa/agressiva	Pior doença	
Sofrimento	Sofrimento	
Desafio	Revolta	
Incurável	Prognóstico ruim Temida	
Desesperança	Abismo	
Morte	Morte	

Quinta questão: Você acredita que mude algo sobre o que você pensa sobre esta doença daqui para frente? O quê?

## DESTAQUES DE RESPOSTAS DO 1º PERÍODO

Sim. O que sei sobre esta doença é muito pouco e superficial. Acredito também que tenho muitas idéias falsas sobre essa doença e espero no curso de Medicina aprender as causas, os tratamentos, os casos de cura, as possibilidades de cura, os sintomas, enfim, espero aprender tudo o que é sabido e o que está sendo descoberto sobre o câncer.

(feminino, 20 anos)

Com certeza, pois ainda sou totalmente leigo sobre o assunto. (masculino, 24 anos)

Com os conhecimentos que eu terei durante o curso universitário, com certeza minha opinião mudará, sobretudo em relação a encarar o câncer como morte.

(masculino, 18 anos)

Acredito que mude apenas minha visão científica sobre o câncer, mas não a minha visão social sobre ele.

(masculino, 18 anos)

Sim. Espero entender um pouco melhor, estudar profundamente a fim de evitar o sofrimento daqueles que tem câncer.

(feminino, 20 anos)

Pode ser que ao longo do curso eu encare a doença com mais naturalidade e aceitação, mas a forma como ela acaba com o homem acredito que não mudará. (masculino, 20 anos)

Acho dificil! (masculino, 25 anos)

Sim. Em minha concepção é muito difícil curar um câncer e eu espero descobrir que nem sempre a situação é esta. (feminino, 18 anos)

O que muda é que talvez aprenda a tratá-la e perca o medo que ela impõe. (masculino, 18 anos)

Talvez. As formas de prevenção podem ser sabidas no futuro e o mal terá um fim incerto.

(masculino, 18 anos)

Não, pois já convivi com a doença e através de vários livros tenho uma noção de que a doença representa na vida. (feminino, 18 anos)

Não. (masculino, 19 anos)

Sim. Eu acredito que com o tempo eu passe a ver as possibilidades de cura que me façam perder o medo da doença. (feminino, 18 anos)

Sim, pois agora poderei aprender sobre essa doença mais cientificamente, podendo chegar a ajudar uma pessoa com câncer. (masculino, 21 anos)

Sim. Talvez a doença possa ter meios de ser diagnosticada antes e tratada, poupando o paciente de sofrimento e discriminação. (feminino, 19 anos)

Não. Eu vou estudar os fatores físicos do câncer, mas após ler um livro denominado "Quem ama não adoece", sei que o que leva ao desenvolvimento do câncer, além da pré-disposição genética é o psicológico do paciente. (feminino, 20 anos)

Sim, as particularidades da doença serão esclarecidas. Como ocorre? Por que ocorre? (masculino, 18 anos)

Talvez, porém não acho que vou mudar quanto o que penso sobre hostilidade da doença.

(feminino, 22 anos)

Não acredito na mudança, pois já penso que é uma doença terrível, não sei ao certo, mas talvez a pior doença. (feminino, 22 anos)

Sim, conhecendo e estudando as origens da doença e até mesmo tendo mais contato com ela, acredito que meu medo de enfrentá-la e lidar com pacientes mude. (feminino, 21 anos

### DESTAQUES DE RESPOSTAS DO 11º PERÍODO

Hoje no 6º ano, sinto-me com menos medo dessa doença do que antes. Sei que muitos cânceres tem cura e espero contribuir para informação das pessoas sobre o "diagnóstico precoce". Acho que sempre terei um sentimento de tristeza quando estiver frente a paciente cujo prognóstico não é bom, porém jamais desanimarei alguém, pois a ciência nem tudo explica. (feminino, 25 anos)

Talvez, depende das experiências, difícil prever. Não sobre a doença, mas como ela pode ser vivida.

(feminino, 24 anos)

Sim. Com o desenvolvimento tecnológico atual, poderemos em breve conhecer assuntos que antes eram obscuros.

(feminino, 24 anos)

Eu acredito que não, afinal já tive casos de câncer com pacientes e com familiares e pude vivenciar os dois lados, criando assim uma opinião, mas o importante para o paciente é manter o otimismo. (masculino, 26 anos)

Não. Pois a evolução da Medicina só ajudará na busca de novos tratamentos. (masculino, 23 anos)

Sim. Antes achava que câncer era igual morte e vemos durante o curso que grande parte deles são curáveis ou de bom prognóstico. (feminino, 24 anos)

Sim, com certeza. Estudos vêem mostrando que a evolução da cura para esta doença está em rápida ascensão e isto nos influência no sentido de sermos mais otimistas.

(masculino, 25 anos)

Se algo mudar será em decorrência do Projeto Genoma. (masculino, 24 anos)

Acho que uma mudança pode ocorrer e certamente ocorrerá quando você é acometido por essa doença.

(masculino, 24 anos)

Não, acho que é uma visão científica e realista. (feminino, 23 anos)

Não sei. Ainda passarei por muitas experiências na minha vida. Talvez alguma delas possa mudar meus pensamentos atuais.

(masculino, 22 anos)

Não, mesmo já passando pelo estágio de Oncologia eu continuo tendo a mesma opinião.

(feminino, 24 anos)

Não, já tinha conceito formado sobre esta doença, mas claro sempre aprendendo cada vez mais sobre esta e aprendendo a conversar com o paciente portador de câncer.

(masculino, 26 anos)

Acredito que mude, mas não sei ainda o que pode mudar. Conforme passaram os anos na Universidade, cada vez mais aprendemos sobre a evolução do câncer, seus aspectos reais como doença. Não sei até onde chegaremos. (masculino, 24 anos)

Sim. Sempre tento estar aberta a mudanças. Espero que tenha cura o câncer. Espero que não existam mais doentes. Acredito que possa ser prevenido, dentro de pouco tempo.

(feminino, 26 anos)

Não.

(masculino, 22 anos)

Não, a não ser que eu adquira a vivência própria, é bem diferente do que a dos outros mesmo que seja de sua família.

(feminino, 24 anos)

Não, tenho que ser técnico.

(masculino, 24 anos)

Não. Quero me distanciar desta área médica. (feminino, 23 anos)

,

Talvez, depende das experiências, acho difícil de prever. Não sobre a doença, mas como ela pode ser vivida. (feminino, 24 anos)

A experiência que tive na família me fez encarar o câncer mais de maneira humana do que do lado médico. Acredito que, com o passar do tempo e do aumento de número de contato com pessoas com câncer, a tendência é sempre desenvolvermos mais o lado humanitário da medicina, encarar o doente e não a doença. Sem dúvida nenhuma, meu modo de encarar a doença mudou muito em relação ao início da faculdade.

(masculino, 23 anos)

Acredito que sim. Não sei exatamente o que, mas acho que a convivência cada vez maior com o paciente portador de CA possa me abrir os olhos para fatos que até então passaram desapercebidos. (feminino, 23 anos)

# EM BUSCA DE SIGNIFICADOS PARA AS MANIFESTAÇÕES DOS ATORES

Ao questionar os alunos sobre o interesse pelo Curso Médico, busco entender o significado que a profissão tem para eles. Não quero perder de vista os objetivos, mas para que me aproxime deles, senti a necessidade de observar o significado da profissão, bem como do paciente para o acadêmico.

São questões que permeiam o ponto central deste trabalho, caminhos que escolhi para que possa chegar às representações sociais sobre o câncer.

Na primeira questão encontrei como ponto comum entre os dois períodos o aspecto da solidariedade. É reconfortante e animador para nossos dias, onde a saúde coletiva se apresenta na maior parte do nosso país deixada ao descaso, encontrar jovens motivados a abraçar uma profissão tendo como prioridade a vontade em ajudar ao próximo.

Um motivo nos torna mais ativos e inquietos. Um comportamento motivado tem direção, um objetivo ou meta.

Sobre a motivação, seu princípio aplica-se não apenas nas tarefas breves, mas também a longos projetos, como obtenção de um grau universitário. Uma tarefa que tenha um fim específico, previsível, freqüentemente deflagra um impulso para terminá-la uma vez tenha sido começada. O impulso de finalizar a tarefa torna-se mais forte na medida em que nos aproximamos de seu fim. Lyndsey (1977).

Outro interesse apresentado diz respeito a solidariedade. Sobre isso, Moscovici (1988) afirma que a solidariedade corresponde a uma necessidade de ordem, de harmonia ou de acordo que existe em cada um de nós. Mas uma necessidade de natureza moral, sendo possível reconhecê-la através da manifestação de um consenso.

O consenso se observa neste trabalho através da coerência das respostas entre os dois períodos, pois ambos colocam a solidariedade como motivação para a realização do Curso Médico.

A influência familiar é outra razão que impulsiona os jovens para a profissão, revelando a importância que a família exerce sobre suas escolhas. Alguns respondentes relatam a convivência que tiveram com o ambiente hospitalar desde a infância através de seus pais ou descrevem as relações com parentes médicos.

Não podemos deixar de destacar a resposta de um dos sujeitos que descreve seu contato com profissionais e com a área hospitalar desde sua infância: ele foi o paciente. Seu diagnóstico [Linfoma de Hodkgin] me faz supor que passou pelo tratamento de radioterapia e quimioterapia. Tal suposição me faz até estranhar sua escolha profissional pois poderia, considerando sua vivência, sentir-se 'traumatizado' pela experiência e querer afastar-se da área.

Continuando minha análise, alguns sujeitos colocaram a opção pela profissão Médica como vocação ou aptidão.

Sobre as aptidões vocacionais, Bohoslavsky (1980) considera importante a análise dos vínculos com o outro, referindo-se que a escolha de uma profissão sempre se relaciona com os outros (reais ou imaginários). Ao decidir sobre uma profissão o futuro nunca é pensado abstratamente pelo adolescente. Nunca se pensa numa carreira ou numa faculdade despersonificadas.

Para este autor, ao optar por uma determinada profissão, o adolescente quer também ser como tal pessoa, real ou imaginária, que tem tais e quais possibilidades ou atributos e que supostamente, os possui em virtude da posição ocupacional que exerce.

Algumas respostas apresentam a relevância social e financeira decorrentes da profissão. Podemos analisar que apesar deste ter sido o motivo citado para a escolha não significa que como primeira ou única resposta, seja o objetivo único destes sujeitos.

Quando optamos por uma determinada carreira é coerente e até sensato pensarmos em nossa sobrevivência econômica futura e que o nosso lugar na sociedade estará atrelado ao exercício da nossa profissão.

Sttlage et al. (s/d) analisa que na busca profissional, é importante considerar também a existência de substanciais recompensas sociais e econômicas na profissão.

Analiso que no caso da escolha destes jovens pela carreira médica ter sido realizada pensando apenas nesses aspectos, as relações que irão se estabelecer entre ele e seu paciente podem vir a ser prejudicada.

Sobre este tema, Moscovici (1988) coloca que sempre que somos levados a tratar uma pessoa particular como um ser impessoal, entra nisso um elemento de violência. Uma pessoa que tem o dinheiro como único interesse, não compreende

sequer que se lhe possa reprovar a dureza. No próprio amor, é o custo que ela observa em primeiro lugar.

Ao colocar o aspecto financeiro como único fator motivador para a escolha profissional, o mesmo autor segue afirmando que o dinheiro fragmenta e esteriliza; converte as relações pessoais em relações impessoais onde o homem é uma coisa para o homem.

Temos também que um médico que exercesse seu trabalho sem qualquer conteúdo emocional, como se fosse um mecânico da saúde, seria de certo uma hipótese terrível, embora perfeitamente imaginável – e implica que o doente seja reduzido a categoria de autômato, também desprovido de emoções, e que faria 'revisões' em oficinas de saúde Herzka (1985).

Ao analisar a representação da relação entre o médico como agente de saúde e o paciente o portador da doença, Minayo (1999) coloca que a saúde enquanto questão humana e existencial é um problema compartilhado indistintamente por todos os segmentos sociais, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos e ambientais da condição humana e de atribuição de significados.

As respostas à segunda questão demonstram coerência com a anterior. Se a escolha pela profissão médica foi pela possibilidade em ajudar ao próximo, encontramos que o paciente é visto como alguém carente e que necessita de ajuda.

De fato, o adoecer se apresenta como o desequilíbrio do ser humano, com exceção aos que apresentam algum quadro de desajuste psíquico, somos levados a pensar que buscamos sempre pelo bem estar físico, psíquico e emocional, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Estar doente é como estar fora dos padrões estabelecidos pela nossa sociedade. Coloco aqui minhas representações e traduzo o adoecer como sofrimento, pois em qualquer possibilidade de afastamento das minhas atividades rotineiras por este motivo, o significado é negativo. Mesmo sendo um mal estar apenas físico, passa também a afetar o emocional e todas as coisas em volta se tornam ruins.

É importante colocar a definição da palavra paciente: 1. Resignado, conformado. 2. Que espera serenamente um resultado; tranqüilo. 3. Que persevera na continuação de uma tarefa lenta e difícil. 4. Que é feito de paciência. 5. Pessoa

que padece; doente. 6. Pessoa que está sob cuidados médicos. Ferreira (1995).

Encontrei bom senso e até ampliação com um novo significado etimológico da palavra, tendo em vista que alguns sujeitos definiram paciente como amigo o que reforça a solidariedade e até a identificação com o sofrimento alheio.

Mas nem todas as respostas encontradas estão voltadas para este aspecto. Vale mencionar que um dos sujeitos se destacou pela forma indiferente como vê o paciente: *material científico*. Sabe-se que os avanços da Medicina ocorrem porque as pessoas adoecem e é preciso buscar se não a cura, ao menos o alívio para o sofrimento, mas colocar o paciente desta forma não é apenas despersonalizá-lo, mas é também tratá-lo como 'coisa', desprovido de dor e sentimentos.

Respostas como esta me levam a refletir sobre o interesse pela profissão Médica. Ao mesmo tempo em que ser médico é estar interessado pelo conforto, bem-estar e até a cura do doente, poder gozar do aspecto econômico e do *status* sociais decorrentes da profissão, como entender um futuro profissional que vê seu paciente desta forma?

Um dos sujeitos do 1º período deixa em aberto este significado, colocando no tempo e nas experiências que terá durante o curso as bases para o desenvolvimento deste conceito. Isso me parece sensato, pois demonstra que ele está disposto a rever as representações trazidas e disposição para construir representações calcadas em novos conhecimentos.

Outros ainda relacionam o paciente com alguém próximo afetivamente e que já esteve doente. As experiências desses sujeitos revelam a forma sensível e afetiva como o doente é visto.

Com relação às experiências dos sujeitos com doentes de câncer, chamoume atenção o número de relatos de experiências. Ao elaborar esta questão pensei na importância das possíveis vivências dos sujeitos na formação de suas representações.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), o câncer passou a ser um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que para o ano de 2003 tenha ocorrido mais de 10 milhões de casos novos de câncer no mundo todo.

Estes dados colaboram na compreensão do significativo número de sujeitos que descrevem suas vivências e contribuído na formação de suas representações

sobre a doença.

Quando analisei as colocações dos sujeitos do 1º período, esperei que com as possíveis vivências, suas representações fossem as mesmas encontradas no senso comum. Notei que alguns sujeitos descrevem várias experiências na família.

Um dos respondentes, ao descrever sua experiência pessoal, como doente [de câncer], traz à tona a questão das representações da doença. Ter enfrentado o diagnóstico e o tratamento da doença devem ter contribuído fortemente para a formação de suas representações.

Outro sujeito descreve que seu pai teve câncer de rim e a mãe de bexiga. Ele é do sexo masculino e tem 20 anos, não descreve o desfecho do problema, mas como não considerar tal vivência na formação de suas representações? Ou da acadêmica que teve sua tia com câncer de vasos linfáticos e avó materna com câncer de mama?

Pude de certa forma 'interpretar' o significado de algumas representações sobre a doença quando encontrei em uma das respostas o sujeito agradecendo a Deus por não ter tido nenhum tipo de experiência.

Com relação ao 11º período, suponho que os sujeitos tiveram vivência durante os anos de formação acadêmica, mas encontrei alguns que não descrevem estas experiências. Não há como interpretar tais omissões. Posso sim, refletir sobre a forma de entendimento da questão pelos sujeitos. A pergunta não é especifica e deixa em aberto se a vivência seria com pessoas próximas ou com pacientes.

Faço uso de minha formação profissional para interpretar como uma possível recusa [inconsciente, é claro] do sujeito em descrever sua experiência com a doença e o doente de câncer durante sua prática acadêmica, considerando algumas respostas apresentadas por alguns sujeitos. Mas estas são apenas suposições, não tenho como fundamentá-las.

Sobre a importância da relação médico-paciente, independente do diagnóstico que este venha a apresentar, encontro em Meerwein (1981) que para esta relação seja sólida e válida no plano terapêutico, o médico tem de ser capaz de identificar-se com o paciente, aprendendo com ele sobre seus sentimentos, seus medos e angústias, não limitando sua participação apenas na função diagnóstica da doença.

Analisando a questão do câncer, LeShan (1992) comenta a diferença entre o profissional que trata o paciente, a família e amigos envolvidos. Coloca que para o

profissional, o envolvimento é parte de um estilo de vida, não é uma condição temporária mas aspecto permanente de sua vida, devendo preocupar-se com os aspectos físicos, mental, emocional e espiritual de sua pessoa.

Neste sentido, encontrei em Kübler-Ross (1991) a sugestão de que toda equipe hospitalar deveria enfrentar o contato com pacientes que se vêem diante do diagnóstico de uma doença grave, pois é aí que se aprende como enfrentar tal situação.

As representações sobre o câncer são reveladas através das respostas que os sujeitos dão na Quarta questão. Chego aqui ao cerne deste trabalho.

Ao escrever sobre a doença e a saúde, Minayo (1999) coloca que a doença é sinônima de infelicidade individual e coletiva: representa o rompimento do homem com seus limites estabelecidos pelas normas e regras da sociedade. Saúde significa bem-estar e felicidade: ela própria, explicitamente ou no 'silêncio do corpo', é a linguagem preferida da harmonia e do equilíbrio entre o indivíduo, a sociedade e seu ecossistema.

Segue afirmando que cada sociedade tem suas doenças, considerando-as como 'metáfora', pois são enfermidades que a partir do imaginário social, perpetuam na coletividade a idéia de perenidade do mal e de limites do ser humano frente à ameaça de morte.

Encontrei em alguns sujeitos do 1º período um conhecimento científico, embora minhas expectativas para este grupo estivessem voltadas para o senso comum. Alguns respondentes freqüentaram outros cursos, dentro da área da saúde, antes de ingressarem no Curso de Medicina, embora tal conhecimento possa ter sido adquirido também de outra forma.

Do ponto de vista médico-clínico, os fatores endógenos são pensados através dos processos biológicos. Para o senso comum, o indivíduo é causador de doenças, através de questões hereditárias, castigo divino ou pecado individual, embora a atribuição de sentidos das causas endógenas seja também socialmente construída. Quase sempre são interpretações que revelam desígnio divino, fatalidade ou desordem que remete à desobediência ou à quebra de normas e tabus coletivos, ultrapassando assim as razões do corpo individual e do estado orgânico. (Minayo, 1999).

Observei que a prevalência entre o grupo do 1º período é de uma doença representada como: pior doença, sofrimento, terrível, agressiva, sinônimo de morte, perigosa, incurável, cruel, alarmante.

Entendo a representação negativa apresentada pelos sujeitos, a partir dos relatos que eles fazem sobre suas vivências com familiares e/ou pessoas próximas acometidas pela doença. Nestas descrições encontro uma estreita relação entre os sentimentos de dor, sofrimento e a possibilidade iminente de perda da pessoa querida [o doente]. Outros fatores importantes é o alto número de sujeitos que descrevem estas vivências e as perdas sofridas.

Quem viveu o diagnóstico e o tratamento, como é o caso do sujeito que teve Linfoma de Hodkgin, seu sentimento é relatado como sendo de um vencedor. Mas sua vitória não me parece completa, pois apesar do termo usado, em seguida ele se diz *perseguido até hoje*. Em sua representação, pude entender que diante da luta travada [doença] e da conquista [cura], existe apreensão quanto ao presente e o futuro, o que não me parece condizente com a sensação plena de quem venceu.

Os depoimentos do 1º período, em sua grande parte, revelam o senso comum, mas minha expectativa é de que os anos de formação e o convívio com os doentes, tenham trazido para os acadêmicos, conhecimentos capazes de romper com os pré-conceitos trazidos do cotidiano.

Quero destacar a força das representações, ao constatar que o conhecimento sobre a doença no 11º se apresenta mais elaborado, mas prevalece o medo entre alguns sujeitos de ter a doença e os sentimentos em geral são descritos como: difícil, sofrimento, medo, ansiedade, cruel, pior doença, sem cura, atestado de morte, significado de morte, sentença de morte, horrível, agressiva, incurável, terrível.

Alguns respondentes deste grupo apresentam sua 'opinião' sobre a doença, não priorizando o conhecimento científico sobre ela.

Moscovici (1978) ao analisar a opinião, afirma que ela é uma fórmula socialmente valorizada a que um indivíduo adere; uma tomada de posição sobre um problema convertido da sociedade. A opinião revela ser um momento da formação de atitudes e estereótipos, onde seu caráter parcelar é admitido por todos. Sua noção, implica em uma reação do indivíduo e do vínculo direto com o comportamento, de algum modo, uma réplica interiorizada da ação a vir.

Alguns sujeitos relatam suas vivências com pacientes oncológicos durante o

curso e revelam o sentimento de 'compaixão' que passaram a ter pelo doente. A experiência também serviu para afastar outro sujeito da especialidade, que afirma não gostar de oncologia a partir da convivência acadêmica.

Podemos constatar o conhecimento adquirido através da disciplina, muitos relatos evidenciam o sofrimento que a doença causa. Mas se considerar as expressões usadas para o significado do câncer, constato que os sentimentos são mais fortes e em maior número do que o conhecimento em si.

Lamentavelmente, um dos sujeitos refere-se ao câncer como uma doença perfeita, como se precisássemos de um diagnóstico, que além de ser carregado de estigmas, apresentar uma estreita relação com a morte e o tratamento ser visto como sofrimento e dor, para uma seleção entre os seres humanos. Coloco na análise da resposta desse sujeito, minhas representações, contestando que esta ou qualquer doença, assim como a fome no mundo, as guerras, os conflitos e as violências do cotidiano não podem servir como ideal seletivo.

Outro depoimento que me chamou atenção foi do acadêmico que relata seu pavor em ter a doença, dizendo fazer tratamento porque sofre de "cancerofobia".

Quando pesquisei o sentido da palavra, encontrei em Piéron (1978) que fobia é o medo mórbido de certos objetos, atos ou situações; um sintoma freqüente da neurose de obsessão, revestido de múltiplas formas, cada uma com uma denominação especial como agorafobia, claustrofobia. O respondente revela conhecimento deste significado e coloca até o nome da medicação a que faz uso no seu tratamento [Fluoxetina].

Depois de ter questionado sobre o significado do câncer, busquei saber a possibilidade de mudanças das representações a partir do ingresso no Curso Médico e dos anos de aprendizagem teórico e prática.

Encontrei entre os sujeitos do 1º período, alguma expectativa de que podem ocorrer mudanças a partir da aprendizagem. Infelizmente, outros sujeitos demonstram tanta rigidez nas representações trazidas da doença que descrevem a possibilidade de mudanças quanto ao conhecimento sobre ela e não sobre os sentimentos. Tais sujeitos mostram a cristalização de suas idéias e a formação de uma barreira interna que os impossibilita de desconstruir e construir novos significados à respeito do câncer.

Quanto aos acadêmicos do 11º período, também foram encontrados sujeitos que apesar do conhecimento adquirido durante o curso, continuam relacionando a doença à morte, ao sofrimento e à dor.

Nos relatos dos acadêmicos deste período, encontrei algumas expectativas de mudança sobre os sentimentos relacionados à cura do câncer a partir dos estudos e pesquisas do Projeto Genoma.

Novamente encontrei que as representações trazidas sobre a doença prevalecem sobre o conhecimento científico. Conforme o manual publicado pelo Núcleo de Apoio ao Paciente com Câncer NAPACAN (2001) que é apoiado pela Sociedade Brasileira de Cancerologia e do Departamento científico da Cancerologia da Associação Médica Brasileira, existem aproximadamente 200 tipos diferentes de câncer, muitos deles curáveis, se detectados precocemente.

Sabe-se que 1% de todos os cânceres são de origem hereditária e 16 % são atribuídos a agentes infecciosos. Existem evidências substanciais de que na origem de 80 a 90% de todos os tipos de cânceres haja o envolvimento dos agentes ambientais representados por compostos químicos oriundos do tabagismo, alcoolismo e infecções parasitárias e, principalmente da dieta alimentar, bem como de agentes físicos representados pela luz ultravioleta ou solar, causa principal do câncer de pele segundo a Organização Mundial da Saúde.

Apesar destes dados, o Dr. Delgado (2004) afirma verbalmente que: tem câncer quem pode e não quem quer, pois apesar de todas as exposições à situações de risco para a doença, existem pessoas que não a desenvolvem.

O Projeto Genoma citado pelos alunos deve ser considerado como uma das possibilidades para o aspecto genético da doença. Seriam necessárias consideráveis mudanças no estilo de vida das pessoas e mesmo assim, não se poderia afirmar estarem totalmente livres do adoecer de câncer.

Por fim, ao analisar as respostas dos sujeitos, não encontrei diferenças importantes relacionadas a nacionalidade, religião e ao gênero dos respondentes.

# O MÉDICO E O PACIENTE COM CÂNCER: GRANDE DESAFIO NA MUDANÇA DE RELAÇÕES

Caminhando pelas representações sociais sobre o câncer, pude constatar a força que o senso comum exerce sobre as pessoas. O grupo escolhido para esta pesquisa tem o conhecimento científico ou pelo menos o acesso ao que é o câncer, sua evolução, tratamentos, remissões e tudo o que envolve a doença e o paciente.

Assim como o câncer mostra esta mística de sofrimento, pode-se questionar também sobre as outras doenças, o posicionamento dos profissionais e suas representações.

O estudo mostrou o câncer, mas sei que há outras tantas doenças que carregam o véu da condenação, como as doenças neurológicas e tantas outras que mais do que os cânceres são capazes de comprometer a imagem da pessoa.

Encerrando o mês de novembro de 2003, aconteceu na cidade de São Paulo o XVI Congresso Brasileiro de Cancerologia em conjunto com o VIII Congresso Brasileiro de Psico-oncologia. Em meio a muitas discussões sobre o câncer, em alguns momentos discutiu-se também a relação médico-paciente, a comunicação do diagnóstico e a importância da mídia como instrumento de comunicação e seu poder na formação da opinião pública.

Neste encontro pude refletir ainda mais sobre a importância dos profissionais que acompanham o paciente no curso de sua doença. Atualmente o paciente não conta apenas com o médico em volta do seu leito, mas com uma equipe de profissionais envolvidos com ele, com a sua doença e o desenvolvimento dela. Cada profissional dentro de sua área, deve se preparar para acompanhar o paciente e sua família nesta caminhada muitas vezes dolorosa e carregada de expectativas.

A importância do médico nesta relação [paciente-família] será sempre decisiva no comportamento do doente frente à sua doença e da dinâmica que se estabelece entre todos os envolvidos.

Cada um de nós, certamente carrega consigo representações sobre o câncer e embora nos esforcemos para propiciar ao paciente conforto e bem-estar é necessário rever nossas representações e como nos relacionamos com o adoecer de câncer e o doente. De alguma forma e em algum momento estamos comunicando ao paciente os nossos sentimentos.

Os profissionais, independentes de sua área de atuação, precisam especializar-se e preparar-se para este trabalho, pois conforme cita Gimenez (1997) embora a angústia gerada pelo diagnóstico e pelo tratamento do câncer tenha se transformado ao longo deste século, ela ainda continua presente.

O câncer não é uma simples doença, mas um conjunto delas, conforme descrito no decorrer deste trabalho.

O acadêmico ao ingressar no curso de Medicina tem acesso ao conhecimento científico e no decorrer dos doze períodos tem garantido a base de sua formação.

Seus estudos devem continuar durante sua prática e através das especializações que realiza. É esperado que este ou esta profissional mantenha atualizados o seu conhecimento, pois a ciência não deixa de manter suas pesquisas e novas descobertas e possibilidades continuam a ser apresentadas.

É necessário que o investimento do profissional esteja voltado também para o seu aspecto pessoal e na reflexão sobre a responsabilidade que ele tem por estar longo tempo ao lado do paciente, no decorrer da doença.

Deve ser de sua responsabilidade também o uso da mídia como veículo fundamental de abrangência na informação e desconstrução de idéias errôneas sobre o adoecer de câncer.

Ramo (2003) afirma que as chances de sucesso aumentam quando os médicos aprimoram sua linguagem no sentido de reduzir a distância entre o campo científico e o mundo leigo. Jornalista com vasta experiência, este autor discute a importância da mídia na discussão sobre o câncer. Relata ainda sobre os aspectos positivos na divulgação de campanhas e de pessoas de projeção artística que viveram e "venceram" o câncer [Ana Maria Braga, Patrícia Pillar], e destaca que embora em menor escala, a imprensa também vive o sensacionalismo e o vício da falta de criatividade desconsiderando seu papel social.

Devemos considerar atualmente que, com os avanços nas áreas farmacológica e tecnológica, encontramos melhores expectativas aos diagnósticos e tratamentos oncológicos garantindo maior sobrevida aos doentes. Mas não se deve, apesar disto, manter distância da certeza de que o adoecer de modo geral nos coloca mais próximos da certeza de nossa finitude.

Nada pode substituir a presença e o compromisso do médico junto ao paciente no momento da doença e na trajetória a ser percorrida. Ao transmitir o

diagnóstico ou ao suspeitar de que os sintomas possam ser de algum tipo de câncer, o profissional terá diante de si um ser que, invariavelmente se vê abalado com a possibilidade de renúncia de parte de sua liberdade e dos prazeres aos quais está acostumado. Balint (1984).

Transformar as representações sociais sobre o câncer é investir naquilo que a doença representa para o profissional. Desde o início do curso é necessário colocar o futuro médico em contato com a "bagagem" de conhecimentos trazida do seu cotidiano e aproveitar suas representações para reconstruir um novo significado desta doença e de outras a partir do conhecimento científico.

É necessário também que o futuro médico esteja atento às influências e repercussões de suas representações junto ao doente e a sua família.

O conhecimento científico deve caminhar junto aos sentimentos do profissional, ajudando-o não somente na possibilidade de oferecer tratamentos e possibilidades de cura ao paciente, mas também no reconhecimento de seus medos.

Deve haver investimentos no contato humano e solidário onde a morte pode ser iminente e muito mais do que toda a tecnologia, o paciente necessitará de apoio e conforto médico.

Que as matrizes curriculares dos Cursos de Medicina possam fornecer subsídios ao futuro profissional, para que ele encarare com serenidade e objetividade as situações afetivas inerentes à prática de sua profissão.

Nos grupos pesquisados o paciente é visto como amigo, como alguém carente de ajuda, assim sendo é necessário que as Escolas Médicas ajudem os acadêmicos a desenvolver esse potencial de solidariedade trazido para a Faculdade e que eles possam conservar a plenitude de seus ideais humanitários.

Concluo meu trabalho colocando que, no grupo pesquisado, as representações sociais sobre o câncer não apresentam mudanças significativas entre os alunos, apesar dos anos que separam os dois grupos. Em ambos, o câncer é definido como: *incurável, sofrimento, tristeza e morte*, independente da vivência e da aprendizagem.

A aprendizagem ocorreu pela linguagem científica das respostas do 11º período, mas os sentimentos se repetem entre os períodos.

### **REFERÊNCIAS**

ALVES, RUBEM. Por uma educação romântica. São Paulo: Papirus. 2000. 207p.

BALINT, MICHAEL. O médico seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

BARDIN, I.. Análise do conteúdo. Portugal: Lisboa, 1994. 225p.

BODGAN, R.; BIKLEN, S.. Investigação qualitativa em educação. Portugal: Porto, 1994. 335p.

BOHOSLAVSKY, R.. **Orientação vocacional: estratégia clínica.** 3. ed. São Paulo: Martins Fonte, 1976. 221p.

BOURDIEU, PIERRE. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 160p.

CARNEIRO, H. F.. A Faculdade de Medicina de Sorocaba e os 50 anos de sua história. Sorocaba: Grafilínea, 1999. 248p.

COLL, CÉSAR S.. Aprendizagem escolar e construção do conhecimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 391p.

DELGADO, GILSON L.. Entrevista concedida pelo professor da disciplina de Oncologia Clínica do Centro de Ciências Médicas e Biológicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sorocaba, 21 nov. 2003.

FARR, R.. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, A. P. JOCHELOVITH, S.. **Textos em representações sociais.** 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 31-324.

FERREIRA, AURÉLIO B. H.. Novo dicionário da língua portuguesa – Século XXI. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128p.

FRANKL, VIKTOR E.. **Psicoterapia e sentido de vida.** 2. ed. São Paulo: Quadrante, 1986. 352p.

FRANKS, L. M.; TEICH, N. M., Introdução a biologia celular e molecular do câncer. São Paulo: Roca, 1990. 423p.

GIMENEZ, MARIA DA GLÓRIA (org.). A mulher e o câncer. São Paulo: Livros Plenos, 2000. 321p.

GOMES, R.. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, C. S. (org.). **Pesquisa social, teoria, método e criatividade.** 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 80p.

GREGÓRIO, R.. Como conquistar e fidelizar pacientes. Rio de Janeiro: Fundação Biblioteca Nacional, 2002. 496p.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH S. (Orgs). **Textos em representações sociais.** 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

HAGUETTE, T. M. F.. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1990. 224p.

HERZKA, H. S.. A Medicina dialógica. **Hexágono Roche**, Rio de Janeiro, nº. 12, 15-23, 1981.

HOLLAND, J.; FREI, E. Cancer Medicine. e.5 Hamilton: Ontário, BC Decker Inc. 2000.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativas.** Disponível em: <a href="http://www.inca.gov.br">http://www.inca.gov.br</a> Acesso em dez 2003.

KÓVCS M. JÚLIA. **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 243p.

KÜBLER-ROSS, E.. **Sobre a morte e o morrer.** 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 290p.

LA TAILLE, YVES DE. Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, 1992. 117p.

LESHAN, L.. O câncer como ponto de mutação. São Paulo: Summus, 1992. 199p.

LINDSEY, G.; HALL, C. S.; THOMPSON, R.. **Psicologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 754p.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A.. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

LYONS, A. S.; PETRUCELLI, R. J.. Medicine: illustrated history. New York: Abrams, 1978. 616p.

MEERWEIN, FRITZ. A psicologia do canceroso. **Revista Geográfica Universal**, Rio de Janeiro, Documento Roche nº 22, p 83-94, out. 1985.

MELO, JOSÉ MARIA DE S.. **A Medicina e sua história.** Rio de janeiro: EPCU, 1989. 207p.

MINAYO, M. C. S.. Pesquisa social: teoria método e criatividade. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 71p.

O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em
saúde. Rio de janeiro: Hucitec, 1996. 269p.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. <b>Estimativa da incidência e mortalidade no Brasil.</b> Rio
de Janeiro: INCA, 1999. 22p.
Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no
Brasil 2000. Rio de Janeiro: INCA, 2000. 75p.
Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no
Brasil 2002. Rio de janeiro: INCA, 2002. 90p.
MOLON, SUSANA I Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky. São
Paulo: EDUC, 1999. 173p.
MOSCOVICI, S A máquina de fazer deuses. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. 402p.
A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar,
1978. 219p.
Representações sociais – Investigações em psicologia social.
Petrópolis: Vozes, 2003. 404p.
OLIVEIRA, RAQUEL A Mulheres de Alumínio: representações sociais sobre o
câncer de mama e suas contribuições para o ensino de enfermagem. Sorocaba:
Universidade de Sorocaba, 2000, 73p. Dissertação de Mestrado.
PIÉRON, HENRI Dicionário de Psicologia. 5. ed. Porto Alegre: Globo, 1978.
533p.
PORTER, ROY Cambridge – História ilustrada da Medicina. Rio de Janeiro:
Revinter, 2001. 399p.

RAMOS, LUIZ C.. A mídia e o câncer. In: CONCAN 2003, VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICO-ONCOLOGIA, 2003, São Paulo (SP). Anais XVI Congresso Brasileiro de Cancerologia; XIII Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica; VIII Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia. São Paulo (SP), 2003.

RAMOS JR. JOSÉ. Oncologia Clínica. 2ª ed. São Paulo: Savier, 1984. 320p.

REIGOTA, MARCOS. Meio ambiente e representação social. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1997. 87p.

A floresta e a escola: por uma educação ambiental pósmoderna. São Paulo: Cortez, 1999. 167p.

Ecologia, elites e intelligentsia na América Latina: um estudo de suas representações sociais. São Paulo: Annablume, 1999. 115p.

Ecologistas. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1999. 211p.

RODRIGUES, M. S. P. . Enfermagem: representação social das/os enfermeiras/os. Pelotas: UFPel, 1999. 143p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Aspectos epidemiológicos do câncer no Estado de São Paulo**. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2002. CD-rom. Produzido por DATASUS/MS.

SONTAG, SUSAN. **A doença como metáfora.** 3. ed. Rio de janeiro: Graal, 2002. 108p.

SPINK, M. J. (Org.) O conhecimento do cotidiano – as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. 311p.

Psicologia social e saúde p Práticas, saberes e sentidos.

Petrópolis: Vozes, 2003. 339p.

STTLAGE, C. F.; GADPAILLE, W. J.; HAWKINS, M.O.. Dinâmica da adolescência. 4ª ed. São Paulo: Cultrix, s/d. 141p.

THORWALD, JÜRGEN. **O segredo dos médicos antigos.** São Paulo: Melhoramentos, 1990. 319p.

TRIVINOS, A. N. S.. Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990. 176p.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HANSEN, M. N. A.. Pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema. Porto Alegre: TOMO Editorial, 2000. 225p.

### **ANEXOS**

# CÂNCER E REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Este é um trabalho de pesquisa que tem como objetivo, estudar e analisar quais são as representações sociais sobre o câncer, dos alunos do curso de Medicina, no início de sua formação acadêmica, e quais as possíveis transformação destas representações ao final do mesmo curso.

Sua colaboração é importante pois, através da sinceridade de suas respostas será possível comparar as possíveis transformações das representações desta doença durante os anos de formação universitária.

Antes de responder as questões, é necessário que alguns dados sejam preenchidos. Mas fique tranquilo, o sigilo é garantido; este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCMB – PUC/SP, e faz parte da dissertação de mestrado que desenvolvo na Universidade de Sorocaba – Uniso.

Data://	Sexo:	Cursa:	1° ano □
Est. Civil:	Cidade de origer	n:	
Nacionalidade:	Religião:		
1. Por que você escolheu fazer Medicina?			
2. O que significa o paciente para você?			
		<u> </u>	
		···	
3. Você já teve alguma vivência com pes	ssoa acometida de	câncer? S	im □ Não □ Relate:

	e significa o câncer para você?
Vo qu	ocê acredita que mude algo sobre o que você pensa sobre esta doença daquí para frente e?
S	ua religião interfere em sua forma de encarar o câncer?
	<u> </u>

Obrigada,

Rita de Cassia R. Maciel Psicóloga e mestranda da Uniso

## CÂNCER E REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Este é um trabalho de pesquisa que tem como objetivo, estudar e analisar quais são as representações sociais sobre o câncer, dos alunos do curso de Medicina, no início de sua formação acadêmica, e quais as possíveis transformação destas representações ao final do mesmo curso.

Sua colaboração é importante pois, através da sinceridade de suas respostas será possível comparar as possíveis transformações das representações desta doença durante os anos de formação universitária.

Antes de responder as questões, é necessário que alguns dados sejam preenchidos. Mas fique tranquilo, o sigilo é garantido; este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCMB – PUC/SP, e faz parte da dissertação de mestrado que desenvolvo na Universidade de Sorocaba – Uniso.

Data:/ Idade:	Sexo:	Cursa:	6° ano □		
Est. Civil:	Cidade de origem:				
Nacionalidade:	Religião:				
1. Por que você escolheu fazer Medicina?					
2. O que significa o paciente para você?		,			
3. Você já teve alguma vivência com pes		câncer? S			
			And the second s		
		<del> </del>			
,					

. O que significa o câncer para você?
5. Você acredita que mude algo sobre o que você pensa sobre esta doença daquí para frente? que?
6. Sua religião interfere em sua forma de encarar o câncer?

Obrigada,

Rita de Cassia R. Maciel Psicóloga e mestranda da Uniso

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### "A RELAÇÃO ENSINO-APRENDIZAGEM E AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CÂNCER REVELADAS PELOS ESTUDANTES DE MEDICINA"

Este é um trabalho de pesquisa que tem como objetivo estudar e analisar quais são as representações sociais sobre o câncer apresentadas pelos alunos do curso de Medicina, no início de sua formação acadêmica e quais as possíveis transformações destas representações ao final do mesmo curso.

Sua colaboração é importante pois, através da sinceridade de suas repostas será possível comparar as possíveis transformações das representações desta doença durante os anos de formação universitária.

Antes de responder as questões, é necessário que você coloque seu nome, assinatura e a data da realização deste trabalho. Mas fique tranquilo, o sigilo é garantido; este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCMB – PUC/SP, e faz parte da dissertação de mestrado que desenvolvo na Universidade de Sorocaba – Uniso.

### RITA DE CASSIA REZENDE MACIEL

Psicóloga e mestranda da Uniso Rua Cônego Januário Barbosa, 238 – Sorocaba/SP Fone: (15) 232-2119

NOME	ASSINATURA	DATA
	-	