

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CONHECIMENTO SOBRE O CÂNCER DE

**MAMA: um estudo antropológico a partir das vivências de mulheres participantes de grupos
de ajuda às mulheres mastectomizadas.**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 08/08/2005


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS

2005

Andreza Virginia Guerreiro

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CONHECIMENTO SOBRE O CÂNCER DE MAMA: um estudo antropológico a partir das vivências de mulheres participantes de grupos de ajuda às mulheres mastectomizadas

Monografia apresentada na
disciplina de Trabalho de
Conclusão de Curso da
Universidade Federal de Santa
Catarina, curso de Serviço Social.
Orientadora Myriam Mitijavila.

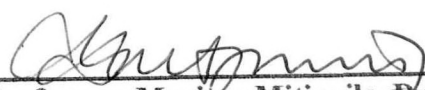
Florianópolis
2005

ANDREZA VIRGINIA GUERREIRO

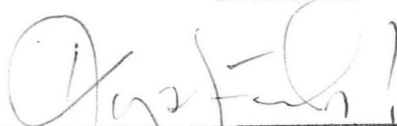
**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CONHECIMENTO SOBRE O
CÂNCER DE MAMA: um estudo antropológico a partir das vivências de
mulheres participantes de grupos de ajuda às mulheres mastectomizadas.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção de grau de
Bacharel em Serviço Social.


BANCA EXAMINADORA



Professora Myriam Mitjavila, Dra.
Presidente



Professora Krystina Matys Costa, Dra.
Primeira Examinadora



Assistente Social Célia Brusque Crocetta Góes
Segunda Examinadora

Florianópolis, 08 de agosto de 2005

Dedico este trabalho aos meus amados pais,
pelo carinho e compreensão

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e iluminação.

Aos meus amados pais Vivayer e Maria Elisabete pela força, carinho, dedicação, incentivo e devoção. A vocês todo o meu amor.

A minha avó Maria Joana pelo carinho e incentivo. Te amo.

Aos meus irmãos Juliana e Rodrigo por serem o que são e apesar de tudo sempre me apoiarem. Amo vocês.

Aos meus queridos cunhados Grazielle e Marcelo pelo incentivo e ajuda. Obrigado.

Aos meus amigos da Abordagem em especial Irma, Marcelo, Elaine e Edemilson pela força, carisma e incentivo. Obrigado por tudo.

A minha orientadora professora Myriam pela ajuda. Muito obrigado.

Em especial a minha sobrinha Maria Eduarda, por iluminar todos os dias de minha vida, me fazendo seguir perseverante e feliz o meu caminho.

E a todos, que não foram citados nestes breves agradecimentos, mas que de alguma forma, ajudaram nesta caminhada.

Muito Obrigado

Resumo

O presente trabalho aborda a teoria e a visão de mulheres mastectomizadas em relação ao câncer de mama. Conceitua-se teoricamente, as representações da saúde e da doença, assim como as representações do corpo e do câncer, compreende-se a trajetória das mulheres acometidas pelo câncer de mama que fazem parte de grupos de ajuda do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG). Para alcançar os objetivos propostos, realizou-se pesquisa qualitativa e observação, analisando os dados levantados relacionando-os com a fundamentação teórica.

SUMÁRIO

Agradecimentos

Resumo

Introdução

1 - Representação Social

1.1- Referencial teórico sobre as Representações Sociais -----	09
1.2- Representações sociais do corpo/ saúde e da doença-----	17
1.3 - Representações sociais do câncer-----	23

2 - Câncer de Mama e as dimensões socioculturais de um problema de saúde coletiva

2.1- Aspectos gerais do câncer de mama: distribuição populacional, tratamento e prevenção-----	32
2.2- A imagem corporal e o Apoio Familiar-----	35
2.3- Representações, estigma e mutilação-----	41
2.4- Relação médico e paciente-----	48

3 - Serviço Social na Área da Saúde

3.1- As dimensões socioculturais do câncer de mama e o papel do Serviço Social-----	53
---	----

4 – Direitos

4.1- Direitos sociais dos usuários com câncer-----	62
--	----

Considerações Finais -----	80
-----------------------------------	-----------

Bibliografia -----	82
---------------------------	-----------

Introdução

Esta investigação tem como objeto de estudo o itinerário social das mulheres portadoras de câncer de mama, que fazem parte do grupo de ajuda do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG), percorrem em busca do diagnóstico e tratamento.

A base teórica metodológica deste trabalho será as representações sociais do corpo da saúde e da doença e sua relação com o câncer de mama. A pesquisa foi feita através das observações nos grupos e relato das mulheres durante as reuniões.

O interesse em estudar a relação entre identidade social feminina e mastectomia é decorrente dos contatos que tive com pacientes mastectomizadas, no período de estágio no HRSJHMG, onde pude comprovar o sofrimento destas mulheres. Neste trajeto, alguns relatos foram marcados pelo alívio decorrente da extirpação do câncer, pelo medo da recidiva e pela insatisfação com o próprio corpo em consequência da cirurgia. O câncer constitui num verdadeiro tabu para a maioria da população, por estar impregnado de estereótipos que induzem a associação entre a doença, a terminalidade e a morte.

Esta primeira experiência iniciou-se março de 2004, quando ingressei no estágio em Serviço Social, no setor de Serviço Social do HRSJHMG, um Hospital Geral, mantido noventa por cento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com diversas especialidades, destacando-se na Oftalmologia. O estágio teve a duração de quatro meses. Durante este período participei semanalmente de reuniões do grupo de apoio as mulheres mastectomizadas, coordenado por uma psicóloga. Ao terminar o estágio resolvi abordar o tema, pois é muito interessante esta relação das mulheres com esta doença que traz muitas mudanças na vida de quem passa pelo problema, assim também como as pessoas que estão próximas como os filhos, marido, amigos, etc...

O grupo tem como objetivo o esclarecimento de dúvidas que as próprias mulheres trazem frente ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, bem como as conseqüências psicossociais decorrentes do problema das pacientes.

O interesse em pesquisar esta relação entre representações sociais, câncer de mama e as diferentes percepções de saúde e doença, foi no sentido de saber como estas mulheres se sentem, vivem e conhecem seus direitos quando acometidas pela doença.

Atualmente o câncer deixou de ser assunto apenas em revistas científicas, e passou a ser veiculada em jornais, telejornais, e novelas. Pessoas famosas como cantores, atores, políticos e apresentadores de televisão, que tiveram este diagnóstico, promovem grande comoção ao assumirem publicamente a doença e os tratamentos que foram submetidos.

Objetivando conhecer mais o câncer de mama, deparei-me com uma fundamentação teórica ampla na área médica, em que muitos estudos estão sendo realizados para identificar o carácter familiar de certos tipos de neoplasias de mama, ou seja, quando se trata de herança genética, o câncer surge mais cedo e de modo mais agressivo. Outros aspectos também estão sendo estudados como possíveis fatores responsáveis pelo câncer de mama como o uso de contraceptivos orais, estrogoterapia de substituição e dietas hipergordurosas ou hipercalóricas (Pinotti,1991).

Para melhor compreensão do tema o primeiro capítulo apresenta o conceito, de representações sociais, abordando o tema corpo, câncer, saúde e doença, seguindo Moscovici que aborda as representações que são na verdade formas de pensamento compartilhadas pelos indivíduos na sociedade, elas tem o poder de tornar uma coisa desconhecida em uma coisa conhecida e familiar. Essas representações são compostas por dois processos centrais: a objetificação que seria transformar o abstrato em algo concreto, dando consistência ao pensamento e materializando palavras; e a ancoragem que permite tornar algo desconhecido em conhecido e incorporado. Esses processos nos ajudam a entender também as representações do corpo, principalmente após a mastectomia, assim também como o câncer, a saúde e a doença, os quais serão abordados neste capítulo com a ajuda de estudos antropológicos e sociológicos.

Lembrando que vivemos um momento em que o corpo está em evidência, a busca pelo corpo perfeito é freqüentemente salientado pela mídia. O corpo, a sensualidade, a sexualidade estão presentes em músicas, televisão, rádios, outdoors, revistas, Internet, dentre outras...

Já no segundo capítulo será abordado o câncer de mama em si e suas dimensões socioculturais como as mudanças no corpo feminino, estigma construído em torno da doença, o processo do adoecer, as relações médico e paciente segundo relatos de mulheres que participavam dos grupos de ajuda do HRSJHMG e algumas do Ambulatório do CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas) o qual tive uma pequena participação que será mencionada rapidamente no decorrer do trabalho.

Sobre aspectos emocionais que envolvem o câncer de mama e a mastectomia, chamam atenção afirmações como de Sant'Anna (1997), que atribui ao doente de câncer a vergonha em relação à doença que o acomete, sentimento que agrava quando se trata do câncer de mama pela mutilação que pode provocar; e Wanderley (1994) que, em relação aos danos causados à mama, comenta que sentimentos de inferioridade e rejeição podem acometer as mulheres após a mastectomia.

No terceiro capítulo será abordado o papel do Serviço Social na área da saúde, baseado na experiência a qual tive durante o período de estágio no HRSJHMG, onde será relatado como este profissional é importante no tratamento, na relação junto à equipe multidisciplinar e na execução de projetos para beneficiar os pacientes dentro de hospitais.

No último capítulo apresenta-se a problemática dos direitos a pacientes oncológicos e deficientes, os quais são garantidos pela Constituição Federal artigo 196 como especificado neste capítulo.

Durante o estágio do curso de Serviço Social onde tive meus primeiros contatos com mulheres com câncer de mama, percebi a importância de uma melhor compreensão dos vários momentos que uma mulher necessita enfrentar diante do impacto causado pelo diagnóstico, bem como possibilitar o repensar das práticas assistenciais adotadas atualmente.

1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL

1.1 Referencial Teórico sobre Representação Social

O desenvolvimento deste trabalho deu-se a partir do referencial teórico das Representações Sociais, o qual possibilitou a compreensão das representações do processo da doença da mulher portadora de câncer de mama. Entendo que, Representação Social é uma manifestação do modo como a pessoa apreende o mundo e seu próprio processo íntimo que pode ser compartilhado com outras pessoas ou vivido solitariamente. Assim, as representações constituem-se num instrumento para análise dos aspectos sociais (comportamento, linguagem, comunicação, dentre outros), pois retratam a realidade. Elas são, de fato, uma maneira de compreender a relação cotidiano/sociedade e de valorização da participação do indivíduo na re-elaboração de significados para os fenômenos da vida cotidiana.

O conceito de representação social nasceu na Sociologia e na Antropologia com Durkheim e Lévi-Bruhl, mas a teoria das representações sociais, propriamente dita, surgiu na Europa com a publicação, em 1961, do estudo “*La Psychanalyse son Image et son Public*” de Serge Moscovici. Porém, o desenvolvimento da teoria das representações sociais ocorreu na França. Inicialmente, tais estudos mereceram atenção de pesquisadores como Jodelet, (1984 p. 5 *apud* MERCÊS, 1998), no que tange às representações sociais quando diz que

“Uma forma de conhecimento, uma elaboração cognitiva, a qual indivíduos sociais são definidos por uma situação grupal que realizam, sob influência de formas sociais e normas coletivas, e diz respeito ao comportamento através da integração dos fatos, de suas rotinas práticas e sua experiência imediata, tornando-se um saber prático.”

A Representação Social para Moscovici se concretiza através da fala, do gesto, do encontro no cotidiano. Partiu da concepção de Durkheim, que utilizava a expressão “representação coletiva” para explicar a especificidade do pensamento social em relação ao pensamento individual.

Segundo Moscovici (1978), a representação é composta de figuras e expressões socializadas e a organização dessas imagens e da linguagem que as expressam se tornam comuns, as quais podem ser apreendidas por um lado ou objeto exterior, ou modelando o que é dado no exterior, na medida em que os indivíduos e os grupos se relacionam, de preferência com os objetos, os atos e as situações constituídas por um conjunto de interações sociais. Segundo o autor supracitado, as representações, além de serem compartilhadas, são coletivamente produzidas e construídas.

Sendo assim, a Representação Social é, ao mesmo tempo, o sinal e a reprodução de um objeto socialmente valorizado, ou melhor, no que diz Moscovici (1978, p. 26), “é uma modalidade de conhecimento particular que tem a função de elaborar o comportamento e a comunicação entre os indivíduos”.

Segundo Wagner, (2000 *apud* JOVCHELOVITCH et al., 1994, p. 149), numa pesquisa, a Representação Social pode apresentar dupla visão; a primeira “é concebida como um processo social que envolve comunicação e discurso, ao longo do qual

significados e objetos sociais são construídos e elaborados. Na segunda, a representação é operacionalizada como estruturas individuais do conhecimento, símbolos e afetos distribuídos entre as pessoas em grupos ou sociedades”.

Moscovici introduz na noção de representação com ênfase no sujeito ativo e construtor, por conseguinte. O autor confere à sociedade um peso diferenciado da perspectiva durkheimiana, e de certa forma, amplia a capacidade explicativa do conceito. Segundo o autor:

"Nos dois mundos, o da experiência individual, todos os comportamentos e todas as percepções são compreendidas como resultantes de processos íntimos, às vezes de natureza fisiológica. No outro mundo, o dos grupos, o das relações entre pessoas, tudo é explicado em função de interações, de estruturas, de trocas de poder. Esses dois pontos de vista são claramente errôneos pelo simples motivo de que o conflito entre o individual e o coletivo não é somente do domínio da experiência de cada um, mas é igualmente realidade fundamental da vida social" (MOSCOVICI, 1994, p. 16).

Na literatura sobre as representações sociais, percebe-se que muitos autores abordam este tema de forma diferente, pois do ponto de vista de Durkheim, as representações sociais ou "representações coletivas" expressam a primazia da sociedade em relação ao indivíduo. Para ele, a sociedade exerce uma ação coercitiva sobre as consciências individuais. Herzlich (1991) comenta que a posição de Durkheim parece ser restritiva, na medida em que reduz as possibilidades de manifestações individuais, pois o indivíduo encontra as formas coletivas de pensar formadas e conforma-se a elas.

Já Minayo (1994, p. 158) faz uma análise do conceito de representação social ao dizer que "as Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a".

Jovchelivitch (1995) afirma que as representações sociais emergem como um fenômeno necessariamente colado ao tecido social. E que a análise de fenômenos psicossociais pressupõe a análise do social, não como uma agregada de indivíduos, mas como totalidade na qual se "expressam" os atores sociais.

Parece evidente que a representação social permite compreender como o sujeito, em sua relação com o mundo, constrói e atribui significados às suas ações, experiências e projetos pessoais. Mas isso não significa que as representações expliquem as condutas propriamente ditas ou excluam, por si, a utilização de outros elementos que possam ajudar a elucidar os fenômenos sociais.

Na relação entre o universal e o particular, entre unidade e totalidade se constrói a rede das relações interpessoais, conseqüentemente, é dentro desta 'rede' que o sujeito pode recriar significados. Pode-se concordar com Jovchelivitch, (1995, p. 81), citada por Wagner, quando afirma:

"São as mediações sociais, em suas mais variadas formas, que geram as representações sociais [...] elas são uma estratégia desenvolvida por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transforma cada um individualmente [...] enquanto mediação social, elas expressam por excelência o espaço do sujeito na sua relação com a alteridade, lutando para interpretar, entender e construir o mundo"
(JOVCHELIVITCH, 1995, p. 81).

Compreende-se então, que as representações sociais se originam no cotidiano, pela conduta individual, no transcorrer da comunicação e nas relações interpessoais. A representação deve ser compreendida como uma forma de adquirir conhecimento e de comunicar o conhecimento já adquirido, pois auxiliam as pessoas a se apropriarem da realidade e a manejarem as ações, cujos objetivos são a adaptação, o ajuste e a sobrevivência na realidade.

Para Jodelet (s.d, p. 7), o conhecimento se constitui a partir de nossas experiências, mas também de informações, saberes, modelos de pensamento recebidos e transmitidos pela tradição, educação e comunicação social. Este processo passa, portanto, pela comunicação. Sendo assim, uma pessoa com câncer pode compreender e interpretar a situação de doença, na qual se encontra, comportando-se diferentemente de outro que esteja passando pelo mesmo processo. Portanto, a representação social é uma preparação para a ação, visto que direciona o comportamento, remodela e reconstitui os elementos do meio que o comportamento ocorre.

Deriva daí a necessidade de compreender a linguagem e segundo Lemos (1994, p. 07 *apud* MERCÊS, 1998), “enquanto o produto histórico traz representações, significados e valores existentes em um grupo social e, como tal, é veículo da ideologia do grupo”, a linguagem também é um forte como elemento constituidor da representação social, posto que as palavras fazem mais do que representar coisas, elas as criam e passam suas propriedades às mesmas. Esta, às vezes, tem um poder comparável ao do espelho, cuja vantagem é extraordinária ao destacar a aparência da realidade.

Da mesma forma que, para o homem manter a linguagem é uma condição importante no desenvolvimento do pensamento e na expressão de experiências subjetivas, o conhecimento, a percepção e a prática modificam-se com a linguagem que a pessoa expressa a sua visão de mundo. Em outras palavras, as representações sociais se elaboram

pelas e dentro das relações de comunicação. O portador de câncer e o familiar exprimem, na sua representação, o sentido que eles dão à sua experiência, ou seja, a vivência cotidiana do processo de doença e da vida que se apresenta, bem como da qualidade de vida que se almeja. É o processo pelo qual se estabelece a relação entre o sujeito e o objeto, isto é, a pessoa e o câncer.

Para Moscovici (1978, p.48), o objeto está num contexto ativo, dinâmico, pois que é parcialmente concebido pela pessoa ou pela coletividade como prolongamento de seu comportamento e somente existe para eles enquanto função dos meios e dos métodos que permitem conhecê-lo.

Com efeito, as imagens e opiniões são comumente apresentadas, estudadas e pensadas tão somente na medida em que traduzem a posição e a escala de valores de um indivíduo ou de uma coletividade, e isso ocorre independente de ser compartilhada ou ser individual.

De acordo com Durkheim (1978), o que faz o homem é o conjunto de bens intelectuais que constitui a civilização. Esta é a obra da sociedade que, por sua vez, toma consciência de si por meio da ação comum dos indivíduos que dela fazem parte; é, portanto, uma cooperação ativa. Conceber algo, para Durkheim, é aprender seus elementos essenciais e situá-lo no conjunto, pois cada civilização tem seu sistema organizado de conceitos que a caracterizam. Os indivíduos tentam assimilar esse sistema de conceitos ou de representações ao levarem em consideração o processo de socialização, pois o sujeito necessita dele para viver com e entre os seus semelhantes.

Se os conceitos exprimem a maneira pela qual a sociedade representa para si as coisas, significa, também, que o pensamento conceitual é contemporâneo da humanidade. Um homem que não pensasse por conceitos não seria um homem, pois não seria um ser social (DURKHEIM, 1978, p. 1780).

As Representações Sociais são formas de pensamento, compartilhadas pelos indivíduos na sociedade, não são imutáveis como nas sociedades primitivas e devido às constantes transformações sociais, não chegam a se sedimentar, criando tradições estáveis Moscovici, (1978 *apud* FORGAS, 1981).

São as representações sociais denominadas por Moscovici (1978 *apud* FORGAS, 1981) de uma versão contemporânea do senso comum. Segundo ele, existe “[...] uma necessidade cada vez maior de se continuar reconstituindo o senso-comum, aquela soma de conhecimentos que constituem o substrato de imagens e significados sem os quais, nenhuma coletividade pode operar”.

Outra característica considerável das representações sociais é seu caráter cognitivo. Para Moscovici (1978 *apud* FORGAS, 1981) as “representações sociais precisam, por um lado, ser compreendidas como uma forma particular de adquirir conhecimento e comunicar o conhecimento que já tem sido adquirido”.

Forjada no bojo da interação social, a Representação Social é composta por dois processos centrais: a objetificação e a ancoragem onde a memória e os julgamentos ou conclusões de cada um exercem um papel predominante.

Para Moscovici (1978), a objetificação e a ancoragem são processos fundamentais na elaboração de uma representação social. Esta faz com que se torne real um esquema conceitual, assim como ocorre com uma imagem cuja contrapartida é material, segundo o autor, esta ação resultará em flexibilidade cognitiva, ou melhor, objetivar é reabsorver o que era apenas inferência ou símbolo. Com isto, há a substituição do percebido pelo conhecido, diminuindo a distância entre o câncer e a realidade vivida; já a ancoragem implica em classificar e nomear o conhecimento em categorias para ser interpretado, analisado e justificado.

Refere ainda Moscovici (1978, p. 173) que, mediante ao processo de ancoragem, a sociedade converte o objeto social num instrumento do qual ela pode dispor e este objeto é colocado numa escala de preferência nas relações sociais existentes. Poder-se-ia dizer ainda que a ancoragem transforma a Ciência em quadro de referência e em rede de significações.

Sendo assim, a classificação e a nomeação são as duas maneiras de ancorar uma representação num processo de repensar, re-experimentar, explicar, qualificar e inscrever no concreto do indivíduo.

Para Moscovici (1974, p. 130), o pensamento classificatório permite atingir vários objetivos que nos são necessários para que haja orientação em nossas relações com o outro e com o meio ambiente. O referido autor aponta que:

“faz-se uma escolha entre os diversos sistemas de categorias (e assim, se indicam as suas preferências); a definição dos caracteres comuns permite estabelecer uma equivalência (ou diferença) entre os indivíduos; reconhece-se um significado em certos comportamentos e a estes atribui um nome”.

E, no processo de objetificação, aquilo que parece abstrato, não familiar, desconhecido, transforma-se em um bloco de construção da própria realidade, levando em consideração a materialização do desconhecido pelo pensamento e linguagem; é o processo que procura transformar o assunto abstrato em um conteúdo visível. Para Moscovici (1978, p. 174), “a objetificação transfere a ciência para o domínio do ser e a ancoragem a delimita ao domínio do fazer, a fim de contornar o interdito de comunicação”.

Entretanto, para que tal fato ocorra, é necessário:

- integrar a novidade, a idéia, modelar e compor, ou seja, conhecer o fato novo, torná-lo familiar;
- interpretar a realidade, na qual a idéia é naturalizada, o percebido pelo concebido, ou seja, traduzir o fato novo, ou interpretá-lo, portanto, orientar as condutas e as analogias sociais, ou seja, tomar decisões e agir.

1.2 As Representações Sociais do Corpo, da Saúde e da Doença

A história da saúde e da doença é, desde os tempos mais longínquos, uma história de construções de significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente. A história da medicina mostra que essas significações têm sido diferentes ao longo dos tempos, bem como constitui diferentes narrativas sobre os processos de saúde e doença.

Desde o início do século XX, Sociólogos e Antropólogos contribuíram para demonstrar que a doença, a saúde e a morte não são somente ocorrências orgânicas, naturais e objetivas, mas que estão intimamente relacionadas com as características de cada sociedade, revelando que a doença é uma realidade construída e que o doente é um personagem social.

O câncer é visto ainda hoje de forma negativa pelas pessoas e profissionais da saúde, motivo pelo qual é importante fazer um reconhecimento sobre a construção histórica da doença. Alguns autores revisam aspectos históricos relevantes. Por conseguinte, este momento passa pelo desconhecimento das causas, crenças na

possibilidade de transmissão pelo contato físico, até aspectos mais recentes de tratamento e do conhecimento de biologia tumoral.

Entretanto, a tentativa de mudança das representações sociais negativas sobre a doença câncer revela que sentimentos de medo e ansiedade têm sustentação na medida em que ainda, na atualidade, as pessoas se vêem diante de uma doença crônica, debilitante, associada a tratamentos agressivos e de resultados duvidosos.

Compreender estas representações é fundamental para a elaboração de programas preventivos. Com isso, é possível a elaboração de programas que visam à mudança da realidade atual pela conscientização, organização e participação de toda a comunidade, levando em consideração as representações sociais.

Médicos não são os únicos interessados em refletir sobre doenças e processos de cura. Antropólogos preocupados em estudar a dimensão social das doenças, sofrimentos, perturbações, têm realizado pesquisas que demonstram as conexões entre os eventos de doença/saúde e a cultura nos quais tais eventos estão sendo vivenciados. Grande parte dos estudos em Antropologia da saúde/doença tem como objetivo de fundo demonstrar a existência de outras racionalidades médicas, ou falar sobre o choque entre os sistemas locais e os valores da biomedicina ocidental.

A contribuição da Antropologia visa compreender os aspectos simbólicos que perfazem não apenas os sistemas médicos nativos, mas também as crenças da biomedicina ocidental, problematizando o *status* universalizante desta última. Pesquisadores vêm estudando com atenção doenças que apresentam, claramente, limites culturais, como o “mal do coração”, no Irã, o “susto”, em vários países da América Central e do Sul, ou ainda a “doença de nervos”, entre segmentos das classes trabalhadoras no Brasil.

Por vezes, essas pesquisas comparam os saberes da biomedicina ocidental com os saberes ‘tribais’ de outros povos; mas é possível construir também modelos comparativos entre diferentes representações veiculadas em nossa própria sociedade que contrapõem a visão de mundo das “classes média alta” à das “classes populares”, ou os saberes “científicos” aos saberes “leigos” (DUARTE, op. cit.).

Isso significa que, para quem estiver interessado em realizar pesquisa na área de saúde, há uma imensa riqueza de temas possíveis, sem falar nas abordagens metodológicas e nos recortes disciplinares disponíveis, que também são vários.

Contemporaneamente, pesquisas de cientistas sociais estão falando sobre a dimensão social de temas que variam dos anticoncepcionais aos transplantes, bem como perpassam pela concepção de doença, saúde, cura e medicamento.

Definições mais flexíveis, sejam elas referentes à saúde ou à doença, consideram múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como fatores psicológicos, sociais e biológicos. Contudo, apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, não existem definições universais.

A presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É pessoal porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionada com a saúde física e mental da pessoa. É social, pois a doença de uma pessoa pode infectar outras pessoas significativas (família, amigos e colegas).

São doenças caracterizadas como mundiais, epidêmicas, existindo em todas as culturas e países e já definidas há muito tempo. Saúde, não é mais um mero oposto a um estado de ‘doença’, é hoje um termo inflacionado, especialmente, ao que parece, entre as classes médias urbanas com acesso privilegiado aos serviços que poderíamos encaixar num

grande bloco como sendo ‘de saúde’, os quais envolvem medicamentos, terapias alternativas, programas de exercícios físicos e tantas outras práticas.

A representação se refere ao conteúdo psíquico concreto de uma reação mental capaz de se tornar familiar, situar-se e tornar-se presente em nosso universo interior, o qual restitui simbolicamente alguma coisa ausente, ou a uma certa distância de nós. Então, em relação ao processo de doença, a representação social é um momento intermediário entre o conceito e a percepção, entre as imagens e as informações que possibilitam a formação de conduta e a orientação das comunicações sociais, levando ao processo de ancoragem e objetificação (Palmonari e Doise, 1986, *apud* MERCÊS, 1998).

Para cada cultura, são selecionados os usos necessários para a sobrevivência individual e coletiva nas condições que se apresentem. Isto quer dizer que, na nossa cultura ocidental, o corpo é vivenciado de acordo com as potencialidades necessárias e definidas socialmente como importantes e experimentadas individualmente.

O corpo, sua forma, usos e valores têm relação imediata com a estrutura social na qual o indivíduo vive e interage.

De acordo com Mauss (1974 *apud* MINAYO, 1998), cada sociedade tem hábitos que lhe são próprios, dentre eles a atitude corporal, seja por gestos, pela respiração, pelo andar, pela entonação da voz, da postura, das regras do lazer corporal, da atividade sexual, da estética corporal. O autor chama esta atitude de técnicas corporais, as quais são “as maneiras como os homens, sociedade por sociedade, de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos” (Mauss, 1974, p. 213, *apud* MINAYO, 1998).

A constante adaptação corporal ao físico e ao estético é perseguida em uma série de atos montados no indivíduo, não simplesmente por ele mesmo, mas pela sociedade da qual faz parte, no lugar que nela ocupa. Em toda a sociedade, seus membros aprendem, por intermédio do processo de socialização, aquilo que devem fazer em todas as condições; a

educação fundamental, em todas estas técnicas, consiste em adaptar o corpo a seu emprego exigido socialmente.

O corpo humano é um objeto ao qual a sociedade atribui significados, expectativas e sensações, ditando-lhe normas, seja em relação à estética, à expressão, à saúde, à higiene e à sexualidade. Por tudo isso, ele não pode ser visto somente como um suporte da natureza, submerso em processos biológicos e fisiológicos. Ele é mais que isso, “uma massa de modelar à qual a sociedade imprime formas que são na verdade a projeção, a fisionomia, o espírito da própria sociedade” (RODRIGUES, 1986, p. 62).

Este processo de atribuição de significados ao corpo é agenciado por diversas instituições sociais, como o trabalho, a igreja, a escola, o grupo familiar, a classe social, a categoria profissional, dentre outras. É com a ajuda dessas instituições, isto é, do processo de socialização, que o indivíduo internaliza as normas ou regras em relação ao comportamento corporal.

Com base nesta perspectiva, pode-se perceber, pelos dados obtidos sobre a prevenção ao câncer de mama, a forma como as mulheres representam ou concebem o próprio corpo e seu processo de adoecimento.

Outro aspecto a ser ressaltado é o fato de as mulheres não procurarem hospitais públicos, haja vista não quererem enfrentar filas e para simplesmente fazerem a prevenção. O mau atendimento em hospitais públicos e a crença em recursos caseiros são alguns dos motivos que explicam por que muitas mulheres chegam tardiamente ao médico mastologista e com tumores já em estágio avançado, o qual impede a preservação ainda que parcial da mama.

Conhecer as representações sociais do corpo é conhecer o genérico, compartilhando coletivamente, e reconhecê-las em cada indivíduo é conhecer como esta

representação social do corpo é comunicada individualmente e quais experiências pessoais podem proporcionar.

A representação do corpo é uma forma de construir a realidade, redescobrimo a profundidade social de cada ser humano e sob esta ótica social é ele quem mais facilmente corporifica a visão de mundo da mulher. Para Jodelet (1988, p. 19 citado por MOSCOVICI, 1984), o corpo é ao mesmo tempo “[...] um objeto privado e público, cujas representações acham-se estreitamente ligadas com os reinos psicológico, social e cultural”.

A percepção, conhecimentos e vivência corporal estão, pois ligados à realidade de vida e das relações entre os seres humanos. Assim, pode-se dizer que o corpo é um componente do aspecto social e muitas vezes um instrumento de coerção ou pressão de comunicação social.

Além das alterações da imagem corporal causada pela mastectomia, a mulher sabe que a cirurgia foi realizada com intuito de retirar um tumor, cujo nome carrega em si um grande número de significações. Estas associações estão relacionadas ao que a pessoa pensa e sente a respeito da vivência do seu corpo, sobre o que a ameaça ou não.

Estes pensamentos, sentimentos, percepções e atitudes são fruto da experiência de vida de cada um, das informações, da educação, de acordo com a classe social a que pertence. É a partir de todas essas variáveis que a mulher compartilha e integra as suas representações com as outras pessoas na sociedade.

A representação do corpo é uma maneira de construir a realidade, redescobrimo a profundidade social de cada ser humano, e sob esta ótica social, a representação facilmente corporifica a visão de mundo da mulher.

A moda, a mídia, as profissões e as tarefas que a mulher executa preconizam que o corpo deve se apresentar harmônico, livre de imperfeições. A mulher mastectomizada

tem o seu corpo diferente das outras mulheres. Assim, o que a mulher aprendeu durante sua vida sobre a estética do corpo e sua harmonia de formas se encontra alterado pela retirada da mama, modificando, portanto, o seu próprio conceito de corpo.

Então, a mulher confronta o esquema corporal perfeito proposto pela noção de estética aprendida socialmente com o seu corpo atual, real e que está alterado, privado de uma das suas partes.

O interesse e atenção que os indivíduos concedem ao próprio corpo, ou seja, sua aparência agradável ou não, suas sensações físicas de prazer ou desprazer crescem quando se elevam na hierarquia social.

Para os membros das classes populares que não prestam atenção a seu corpo e ainda subordinam a utilização, a doença se manifestará brutalmente porque não se aperceberam dos sinais precursores ou porque se recusam a percebê-los. Conseqüentemente, a doença será vista como um acidente imprevisível e súbito.

Já inversamente, os membros das classes superiores, que prestam atenção ao corpo e têm uma percepção aguçada de suas mensagens e para os quais as pequenas sensações de doença são coisas costumeiras e banais, não estabelecem uma diferença tão definida entre o estado de saúde e o de doença, se bem que tendem a ver na doença uma espécie de perversão longa e insidiosa da saúde, em vez de um acidente súbito. Para estes, a doença tem uma história de começo invisível, uma evolução, um fim e conseqüências (LUC BOLTANSKI, p.78, 1984).

1.3 Representações Sociais do Câncer

O câncer traz em sua história o estigma da morte e isto está, de alguma forma, ligado às crenças das pessoas. Historicamente, ainda no início deste século o indivíduo com câncer tinha final inevitável, a ‘morte’. Hoje, mesmo com o já mencionado avanço da medicina e com as possibilidades de cura existentes, o câncer faz o homem lembrar-se de sua finitude. Para o paciente com câncer, este medo também se revela na idéia de uma morte demorada e dolorosa.

Esta visão desperta, nas pessoas, muitos sentimentos contraditórios, como a rejeição, o medo de tocar o doente físico ou emocionalmente, o medo de arruinar a família da hereditariedade da doença, etc.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o câncer se constitui numa das principais causas de morte e sofrimento no mundo. A cada ano, são diagnosticados cerca de sete milhões de casos novos, sendo que cerca de cinco milhões de pessoas morrem anualmente.

De acordo com a literatura especializada, o câncer é uma doença conhecida desde a antigüidade, e é possível encontrar referências até em papiros egípcios (1200) e na Grécia Antiga (500 a.C.). Hipócrates (460 – 370 a.C.) foi quem descreveu, pela primeira vez, o câncer, utilizando os termos *carcinus* e *carcinoma*, definindo-o como um mal grave, com prognóstico ruim.

Segundo Robbins, (1996 *apud* MERCÊS, 1998), câncer é o termo comum para todos os tumores malignos. O termo câncer provavelmente veio do latim e pode ser traduzido como “caranguejo”, por que “se adere a qualquer local que acomete, de forma obstinada como um caranguejo”.

Com o avanço da medicina, muitos trabalhos publicados, desde o final do século XVI, se ocuparam com a etiologia do câncer, dentre eles o de Bernardino Ramazzini

(1713), ao observar que o câncer de mama era mais freqüente nas freiras do que nas mulheres em geral, principalmente nas mulheres com filhos. Em 1770, Rigoni – Steirn correlacionou que a mulher solteira, sem filhos, tinha maior risco de câncer de mama e menor risco de câncer de útero e a mulher casada tinha maior risco de câncer de útero que de mama.

Segundo autores mais antigos, foi em 1838 que surgiu o conceito de câncer, como um crescimento anormal, desordenado e autônomo das células, com uma capacidade ilimitada de se reproduzir, sem obedecer a uma finalidade específica do organismo. Em 1913, observou-se que a incidência de mortalidade por câncer de mama foi mais elevada em mulheres solteiras que nas casadas maiores de 45 anos.

Estudos epidemiológicos vêm demonstrando que a existência de uma série de fatores, dentre os quais, idade, sexo, raça, estilo de vida, origem étnica, estado de saúde, exposição a um ou mais agentes cancerígenos podem tornar-se fatores determinantes do surgimento de um câncer. O câncer não é uma enfermidade única, mas constitui-se de um grupo de mais de cem doenças epidemiologicamente distintas.

Siegel (1989) afirma que pessoas que desenvolvem câncer são aquelas que contêm suas emoções, principalmente as agressivas, durante toda a vida. Afirma que os pacientes com câncer devem descobrir como as necessidades dos outros, encaradas como as únicas que realmente contam, servem para esconder as suas próprias necessidades.

No Brasil, o câncer está incluído entre as quatro principais causas de morte, ao lado de doenças cardiovasculares, doenças infecciosas e parasitárias, afecções do período perinatal e causas externas, tais como acidentes de trânsito e de trabalho (Ministério da Saúde/ Pró-Onco, 1995).

Os programas de prevenção, quando existentes, ficam restritos à detecção precoce do câncer de mama e cérvico-uterino. Nas campanhas, privilegiam-se somente o auto-exame de mama e o risco com drogas, álcool e fumo.

Atualmente, estudos revelam que vários fatores associados podem ser os agentes no surgimento da doença. Segundo o Ministério da Saúde/ Pró-Onco (1990), os fatores de risco mais expressivos são:

- o aumento da expectativa de vida;

- os processos de industrialização e urbanização, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, que provocaram grandes modificações nos hábitos e estilo de vida das pessoas, aumentando o tabagismo, o alcoolismo e o estresse, dentre outros;

- a exposição dos trabalhadores a riscos ocupacionais, principalmente agentes químicos, físicos e biológicos nos seus locais de trabalho, muitos com efeitos carcinogênicos;

Estes determinantes sociais, industrialização, urbanização e o avanço tecnológico, além de fatores ambientais como poluição do solo, ar, e água, constituem os fatores de risco em potencial do câncer, estudados atualmente.

Sendo assim, podemos perceber como é necessário um grande investimento na educação da população a fim de modificar o quadro epidemiológico do câncer no Brasil, principalmente por que sabe-se que o estilo de vida e os hábitos influenciam no surgimento da doença.

Outro condicionamento da doença, psicologicamente falando, pode estar ligado a fatores comportamentais e emocionais.

Silva (1998) afirma que a doença é um meio ao qual o indivíduo, inconscientemente, lança mão para externar e amenizar seu conflito interior. Assim, as doenças vêm atender uma necessidade interior do indivíduo. Podem surgir para preencher um vazio, constituindo-se na forma escolhida pelo indivíduo para dizer ao mundo que sofre.

O autor explica ainda que a doença surge como uma necessidade, podendo ter várias razões: a primeira explica a doença como uma válvula de escape de conflitos intrapsíquicos e emocionais. A segunda é a incapacidade de exprimir, de forma adequada, as emoções, fazendo-o pela linguagem dos órgãos. Outro motivo é o desejo de autopunição, em pessoas que, de maneira inconsciente, se sentem culpadas e merecedoras de castigo. Uma última razão são os ganhos secundários, já que, ao adoecer, a pessoa volta a uma situação infantil, e talvez seja uma válvula de escape que pode suprir suas necessidades de dependência. Além disso, existem outras vantagens de ordem prática, como a isenção dos papéis sociais.

Já na área da filosofia, Tatar (2001) afirma que a doença é o caminho necessário para atingir a cura ou a saúde; por intermédio dela, pode-se entrar em contato com a essência de ser, refletir sobre o momento e qualidade de vida.

A doença para o autor significa uma perda relativa da harmonia, a qual acontece na consciência e manifesta-se no corpo sob a forma de sintomas, que são sinais e transmissores de informação. No momento em que um sintoma se manifesta no corpo, chama a atenção e interrompe a continuidade do caminho de vida vigente. O ser humano sente-se perturbado e começa a luta contra o sintoma.

Siegel (1989 *apud* MERCÊS, 1998) afirma que o estado de espírito altera o estado físico por meio dos sistemas nervoso central, endócrino e imunológico.

O diagnóstico de câncer é temido pela população em geral; é causa de medo e uma angústia difícil de ser partilhada; está relacionado tanto à fatalidade quanto à eminência da morte. Seus tratamentos e evolução impõem à pessoa e seus familiares elevados níveis de estresse.

Para Le Shan (1992), o contexto de desenvolvimento do câncer é precedido por uma total falta de esperança na vida que não poderia oferecer uma satisfação real e profunda. Esta perda de esperança pode estar associada à impossibilidade de relacionar-se e expressar-se. Este padrão de desesperança na vida aparece em 70 a 80 % dos pacientes investigados por este autor.

Segundo este autor, até 1900, a relação entre câncer e fatores psicológicos era comumente aceita entre os círculos médicos, dava-se muita ênfase aos relatos dos pacientes. Haja vista na época não existirem instrumentos sofisticados como os de hoje, os médicos eram obrigados a ouvir as histórias de vida de seus pacientes, os quais revelavam seus sentimentos.

Curar-se é abrir o canal de comunicação e entrar em contato com a própria essência; é despertar para a capacidade de ser, estar, criar, sonhar e realizar. Esta auto-cura nada mais é do que resgatar o amor próprio (OLIVEIRA, 1996 *apud* MERCÊS, 1998).

O câncer, enquanto doença de caráter crônico - degenerativo, representa-se como uma enfermidade, sinônimo de morte socialmente.

Voltando a Sontag (1984), o diagnóstico de câncer leva a pessoa à resignação sobre a sua situação de vida e doença, por estar socialmente estigmatizada e associada com a idéia de morte. Muitos a consideram uma doença psicossomática, outros como uma doença social.

Na verdade, os fatores etnológicos apontam para prováveis causas, dentre elas o fator biológico – genético, social – ocupacional e o psicológico.

Spink e Gimenes (1997, *apud* MERCÊS, 1998), ao estudarem as Representações Sociais de saúde – doença – câncer, buscavam compreender as estratégias de enfrentamento e bem-estar psicológico das mulheres após o câncer de mama, referem que o enfrentamento e as representações estão numa relação dialética, pois re-elaborando-se a representação, permitem um processo de re-significação da doença, principalmente nas fases de reabilitação pós-mastectomia.

A representação, como foi definida anteriormente, é a manifestação integrada do modo como o portador de câncer e o familiar apreendem o mundo num processo que pode ser compartilhado ou que reflete um modo particular de suas concepções a serem compartilhadas. Neste compartilhar, há aspectos físicos, psico-emocionais, sociais, espirituais, cujo foco central é a qualidade de vida, enquanto possibilidade do momento que o enfermo atravessa no processo de doença. É, pois necessário compreender como e o quê o enfermo e a família compartilham, como se estabelecem os vínculos (afeto, culpa, medo, enfrentamento, etc...) entre ambos.

A pesquisa e o tratamento do câncer desenvolveram-se rapidamente no século XX, particularmente nos últimos trinta anos. Inúmeros foram os processos no conhecimento sobre a história natural da evolução da doença. Também foram importantes as contribuições de diversos métodos de diagnóstico para se conhecer a extensão da doença, permitindo o estadiamento completo e o estabelecimento de um plano de tratamento adequado a cada paciente.

Como afirma Sant'anna (1997), ao longo dos séculos, o câncer causava ao doente vários constrangimentos, como a associação da doença à falta de limpeza do corpo e 'da alma', citada em vários estudos médicos e manuais de saúde do início do século dezenove.

Afirma Silveira (1927, *apud* SANT'ANNA, 1997), entre a tuberculose, a lepra e o câncer, é esta última a que mais claramente mostra o valor e a utilidade da higiene, seja qual for o aspecto sob o qual se encare tal infecção. O câncer e a sífilis eram entendidos como provenientes de atitudes viciosas e da 'sujeira' física e moral.

De acordo com Sant'anna, a imprensa se referia ao câncer, à sífilis e à lepra como doenças opostas à vida virtuosa e limpa, um peso decorrente dos supostos pecados cometidos, sendo, portanto encaradas como castigo. O sofrimento passa a ter conotação religiosa de purificação e consolo.

Esta forte conotação moral do câncer, a qual foi sendo construída socialmente e que compreendia a doença como castigo divino, reforça a preocupação de que os estudos de prevenção devem exigir um instrumental teórico que permita compreender a cultura popular como as representações sociais.

Nos últimos anos, tem sido dada atenção ao estresse produzido por alguns rótulos diagnósticos sobre a saúde e o comportamento dos indivíduos que são declarados doentes pelo médico, como a informação dada pelo médico que um paciente tem câncer. O diagnóstico pode afetar os sintomas, o comportamento, os relacionamentos sociais, o prognóstico, a auto-percepção pelo paciente e as atitudes de terceiros.

Isso decorre das crenças leigas sobre a origem, o significado e a severidade da doença. Os pacientes passam a se comportar como deficientes e a família e os amigos passam a tratá-los de modo especial, incentivando o mesmo a tomar certas precauções.

A American Cancer Society Association) e a União Internacional Contra o Câncer consideram a orientação da população como o aspecto mais importante para evitar exposições desnecessárias aos fatores de risco.

Jovchelovitch e Guareschi (1994, p.324 *apud* WAGNER, 2000) definem o papel do indivíduo, do médico e da sociedade no controle do câncer:

*Ao indivíduo compete conhecer os sintomas iniciais e a solicitação de exame físico de rotina. Alguns estudos sobre atraso no diagnóstico do câncer, após a ocorrência dos sintomas, sugerem que o paciente foi negligente em pelo menos um terço dos casos.

*Ao médico cabe a responsabilidade pela prevenção do câncer e detecção inicial, bem como pelo diagnóstico e tratamento. Todo consultório médico deve ser centro de detecção e todo médico deve conhecer os cânceres de maior prevalência, para que, no exame de rotina dos pacientes, possam ser descobertos, quando ainda estão iniciais.

*À sociedade cabe, por meio de órgãos de saúde, intensificar, fornecer informação e materiais educacionais, registrar todos os casos de câncer e facilitar o acesso ao tratamento.

Este modelo preventivo parece equivocado ao culpar as vítimas pela doença, deixando de lado as causas sociais e a compreensão que o senso comum adquiriu sobre o câncer, que nada mais foi do que construído e divulgado historicamente pela medicina.

2 CÂNCER DE MAMA: ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DE UM PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA

2.1 Aspectos Gerais do Câncer de Mama: distribuição populacional, tratamento e prevenção.

O câncer caracteriza-se quando, por razões desconhecidas, as células tornam-se descontroladas e sua divisão fica sem controle. Eventualmente, esses genes alterados podem produzir um tumor benigno que não é o câncer, ou maligno, o qual recebe tal denominação.

Enquanto o tumor benigno não se dissemina para outras partes do corpo, mas necessita ser removido em razão do crescimento e do dano local, o tumor maligno pode invadir, danificar e destruir os tecidos próximos; crescer e se espalhar para outras partes do corpo. Quando estas alterações ocorrem nos genes das células da mama, denomina-se câncer de mama, cuja consequência são os tumores. Tais alterações genéticas podem ser inerentes aos pais ou terem se acumulado ao longo da vida humana. Até o momento não se pode afirmar exatamente quando o câncer ocorre ou como ele progredirá.

Felizmente, após o século XX, a tecnologia vem possibilitando avanços e novos tratamentos e medicamentos surgem a cada dia. Atualmente, os tratamentos consistem basicamente em cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia.

A cirurgia tem um papel importante no tratamento do câncer de mama. Há aquela conservadora da mama, chamada quadrantectomia, normalmente seguida de radioterapia, enquanto a cirurgia para retirada total da mama é denominada de mastectomia.

Para amenizar o sofrimento após a mastectomia, é possível a reconstituição da mama, o tempo varia de seis, doze ou dezoito meses depois da cirurgia.

A cirurgia de reconstituição tem algumas indicações, como a idade máxima de 60 anos; a condição clínica do paciente, estágio clínico e a vontade do paciente. É feita em duas etapas: a primeira restaura o volume e a aparência do seio; a segunda consiste na reconstituição do mamilo e pode ser feita apenas com anestesia local.

O câncer de mama é a neoplasia maligna de maior incidência em nosso país e acomete uma em cada nove mulheres (GENTIL, 2001).

No Brasil, nas últimas duas décadas, a taxa bruta de mortalidade por câncer de mama apresentou uma elevação de 68 %, passando de 5,77 em 1979, para 9,70 mortes por 100.000 mulheres em 1998. É a maior causa de óbitos por câncer na população feminina, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos.

Aproximadamente 80 % dos tumores são descobertos pela própria mulher ao palpar suas mamas, porém, um dos fatores que dificultam o tratamento é o estágio avançado em que a doença é descoberta. Cerca de 50 % dos casos são diagnosticados em estágios avançados, gerando tratamentos, muitas vezes, mutilantes o que causa maior sofrimento à mulher e onera os cofres públicos.

Em 2001, segundo as Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer, seriam diagnosticados 31.590 novos casos de câncer de mama, os quais crescem no País. Entretanto, em faixas mais precoces, a mortalidade permanece estável nos últimos anos. São fatores considerados como de alto risco para o aparecimento da doença, a história familiar de câncer (irmã e mãe) e a história pessoal pregressa de câncer de mama.

A não identificação de mulheres com estes riscos, associada ao diagnóstico tardio da doença constituem-se em problemas importantes no controle do câncer de mama no Brasil, que apontam para a necessidade do conhecimento e redimensionamento da oferta real de mamógrafos, bem como de sua capacitação, normalização e uniformização de procedimentos, com seu controle de qualidade, os quais constituem fatores prioritários para a incorporação da atenção ao câncer de mama, envolvendo seu diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, nas consultas de rotina.

Como ação de prevenção secundária, ou seja, de detecção precoce do câncer de mama, a OMS menciona três estratégias, complementares entre si, que são:

- auto-exame da mamas (AEM);
- exame clínico das mamas (ECM) e
- mamografia.

Para o rastreamento da doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que a mulher, com idade igual ou superior a 50 anos, realize exames mamográficos a cada dois ou três anos, o que se traduz em uma redução da mortalidade de aproximadamente 30 %.

Após a cirurgia, se necessária, é indicada uma terapia adjuvante, ou seja, um tratamento quimioterápico, cujo objetivo é esterilizar as células residuais locais ou circundantes e, assim, diminuir a incidência de metástase à distância.

A retirada do câncer de mama é apenas uma etapa do tratamento. O passo subsequente é o tratamento adjuvante, ou seja, são realizadas sessões de quimioterapia e/ou radioterapia, as quais, conforme relatos, são consideradas como a parte mais difícil.

2.2 A Imagem Corporal e o Apoio Familiar

A relação que o indivíduo estabelece consigo mesmo e com a sociedade deve ser considerada em seu contexto histórico e social. Da mesma forma que a identidade representa a semelhança do indivíduo para com o grupo do qual faz parte. É a partir deste próprio grupo que ele percebe a sua diferença. As experiências de vida promovem nas pessoas novas significações e modificações de valores pessoais e sociais.

Para Lago (1999, p.123), “identidade não é nada acabado, com peso constituinte, mas, enfatizamos, uma construção imaginária, em permanente processo de significação, de re-elaboração, de investimento em novas identificações e novas significações”. Desta forma, um acontecimento como o diagnóstico de câncer de mama e, como consequência, a mastectomia, pode interferir nas representações desta pessoa, em seus sentimentos e atitudes com relação a si mesmo e, conseqüentemente, aos outros.

Costa (1999), por seu turno, expõe que a mama é considerada, em nossa cultura, um dos símbolos da sexualidade e feminilidade. Como afirma outro autor, “A mama, por ser um órgão que representa a identidade feminina; ao amputá-la, pode gerar um impacto psicológico intenso e causar sentimentos de diminuição da feminilidade e sexualidade, e a beleza física questionada pela mulher”. (FERREIRA, 1998, p.11.)

A seguir, serão apresentados alguns relatos das mulheres que participam dos grupos de ajuda às mulheres mastectomizadas, do grupo do HRSJHMG, e alguns relatos da curta participação do grupo do CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas.), seus nomes serão fictícios, para melhor entender as representações referentes à doença.

“(...) não conseguia me olhar no espelho após a cirurgia, me fazia mal, tinha medo de me ver (...)

Tânia, 31 anos, HRSJHMG

(...) difícil era sair na rua, parecia que todo mundo me via sem o seio, ficava trancada dentro de casa com medo e vergonha, não sei (...)

Zilene, 34 anos, HRSJHMG

Pandini (1997) afirma que “[...] a identidade feminina está fortemente relacionada à relação que a mulher tem com seu próprio corpo”. Para a autora, o corpo está relacionado com a formação da identidade, o qual passa por transformações desde o nascimento: a menarca, menstruação, gestação, amamentação e menopausa. Estas mudanças são naturais e, de certo modo, esperadas. A mastectomia é uma alteração forçada, inesperada e indesejada, porém, na maioria das vezes é a única possibilidade de continuar a viver.

Para Ferreira (1999), a perda da mama, parte do corpo que é retratada como identidade feminina, resulta na alteração negativa da imagem corporal. A imagem corporal

é conceituada por Pandini (1997), como sendo as relações que a pessoa estabelece com o seu próprio corpo.

A mama é também tida como um símbolo da feminilidade que surge na puberdade e permanece pelo resto da vida. Ela torna-se ainda mais simbólico na fase adulta. Assim, a ameaça iminente da perda deste órgão gera um choque principalmente psicológico, no qual a mulher recupera com grande dificuldade.

(...) logo após o diagnóstico, cai em depressão, não queria ver, nem falar com ninguém, meus filhos sofreram muito, mas com o tempo fui melhorando, aceitando a nova vida, fazer o que né? Mas hoje estou bem (...)

Ana, 47 anos, HRSJHMG

(...) entrei em depressão, chorava muito e comia muito também, mas tive apoio de meu marido e filhos (...)

Clara, 44 anos, HRSJHMG.

A sociedade demonstra valorizar o corpo perfeito, corpos estruturais, tanto femininos como masculinos, os quais estão sempre presentes em todos os meios de comunicações para vender os mais variados produtos.

Dentre os comportamentos sociais que se espera das mulheres estão a passividade, a dependência, a insegurança, a fragilidade, a beleza, ou seja, todos agrupados socialmente sob o termo “feminilidade”. Além destes comportamentos de submissão e docilidade, ainda ensinam a mulher que o seu corpo deve ser lindo e perfeito. Desta forma, surgem os salões

de estética, as clínicas de emagrecimento, induzindo ao consumo exagerado e ao culto do corpo perfeito, em que parece estar embutida a ideologia social dominante.

Contudo, esta sociedade não está totalmente sob o controle da ideologia dominante. Apesar de esta ser muito influente, não podemos negar que os indivíduos que compartilham desta sociedade sejam meros receptores passivos, mas segundo Moscovici: “eles pensam de forma autônoma, constantemente produzindo e comunicando representações”.

Rodrigues *et al.*, (1998) ressaltam a importância do apoio da família para a recuperação da mulher, a qual ajuda a criar um sentimento de controle e esperança, já que, junto com a família, a mulher pode mapear o futuro, preparando estratégias para enfrentar possíveis acontecimentos. Acrescentam ainda que o processo de reabilitação da mulher mastectomizada é positivamente influenciado pela qualidade do relacionamento conjugal e a participação do marido nas etapas do tratamento.

(...) meus filhos e meu marido foram muito bons comigo, tenho um casal, me apoiaram, me ajudaram, me ampararam e me mimam até hoje (...) tanto que vocês podem ver, eles sempre me acompanham nas reuniões (...)

Roseli, 47 anos, HRSJHMG

(...) pra mim, foi mais difícil, pois só tive o apoio ainda com medo do meu filho de 11 anos, pois o marido, ao contrário, ao invés de me ajudar saía para procurar mulheres na rua.

Aparecida, 42 anos, HRSJHMG

Rodrigues *et al.*, (1998) ainda ressaltam que as mulheres mastectomizadas necessitam compartilhar suas experiências comuns. Isto abre possibilidades de reflexão

sobre fatos semelhantes vivenciados. Este fato é simbolizado por intermédio de comparações, que propiciam ajuda para o auto-conhecimento. O contato com pessoas que vivem a mesma situação é um elemento facilitador da aceitação da condição de mastectomizadas e na compreensão dos problemas existentes.

A grande maioria das mulheres nos dois grupos, seja no grupo do HRSJHMG ou no CEPON, acham a convivência, nestes grupos de ajuda, ótima, principalmente porque compartilham as dores. Elas entendem uma a outra, os seus problemas, trocam experiências e informações sobre a doença, assim também como fortalecem e deixam mais próximo o vínculo com seus médicos, pois pelo menos uma vez por mês o doutor (a) participa das reuniões junto com elas.

Conforme depoimentos:

(...) adoramos o grupo, pois é através dele que tivemos mais apoio e conhecimento sobre a doença e com o tempo percebemos que é só uma fase ruim, tudo faz parte da vida, o grupo fez desbloquear nosso medo (...)

Sandra e Zilene, HRSJHMG

(...) senti muita falta do grupo nas férias, parecia que faltava alguém, ainda bem que aqui estamos devolta

Ana, 47 anos, HRSJHMG

2.3 Câncer de Mama: representações, estigma e mutilação

O pensamento médico, no decorrer dos tempos predominantemente orientado por uma visão positivista, desconsidera os condicionantes histórico-sociais que marcam os modos específicos de adoecer e de morrer numa dada sociedade, e desconhece todos os aspectos sociais envolvidos tanto na definição como na prática relativa aos cuidados com a saúde.

Segundo a autora Minayo (1998), nada é tão poderoso quanto as doenças-metáforas para marcar a concepção dominante e da sociedade em sua forma oficial de encarar o fenômeno saúde-doença.

As doenças-metáforas, de acordo com Sontag (1984), são enfermidades que ensejam catástrofes e tomam um caráter histórico, em determinadas épocas, por mobilizarem o conjunto da sociedade. Dentre elas encontram-se a peste, na Idade Média, a tuberculose, no século XIX, bem como o câncer e a AIDS, no século XX.

A peste, na Idade Média, foi uma metáfora para a desordem social e o colapso da ordem religiosa e moral. Desde o século XIX, a sífilis, a tuberculose e mais recentemente, o câncer são "metáforas do mal".

No século XX, o câncer passou a ser apontado, popularmente, nos meios de comunicação e na literatura como poder maligno, exclusivo do mundo moderno, que se comporta de forma descontrolada e destrutiva contra o corpo humano e a sociedade.

Sontag (1984) salienta também que, esse modelo moralista de ver o câncer leva muitos a considerarem a doença como uma forma de possessão demoníaca e os tumores benignos ou malignos, como forças não explicáveis, portanto recorrem a curandeiros.

Os meios de comunicação reforçam tal idéia, já que o crime, abuso de drogas, greves, discordância políticas são descritos como um câncer que destrói gradativamente a sociedade. Reforçam o papel de doença-metáfora do câncer as lutas históricas da medicina, em uma guerra ainda não totalmente vencida.

As concepções médicas sobre o câncer foram definidas historicamente pela sociedade, construindo uma visão de senso comum sobre a doença que, até hoje, guarda muito dessas antigas teorias. Assim, verifica-se na literatura mais antiga como em Sennert (1572-1637), em Praga, e Lusitano (1642), em Lisboa, os quais foram os primeiros a considerar o câncer contagioso, aquilo que permanece no ideário popular.

A partir da primeira metade do século XX, a comunidade médica passa a ter mais esperanças de diagnóstico de câncer, visto até então como uma sentença de morte e que estigmatizava, isolava e humilhava as pessoas tanto quanto a lepra e a sífilis. O diagnóstico que antes, raramente, era tornado público e a causa do óbito era apresentada com eufemismo, como "aquela doença" passa a receber maior atenção quanto aos aspectos preventivos.

Quintana *et al.*, (1999) afirmam que é muito comum as mulheres com câncer de mama negarem a doença e as modificações corporais que elas acarretam, pela impossibilidade de lidarem com a angústia que o diagnóstico desperta. Esta negação vai desde a paciente que rejeita totalmente a existência da doença e, seu tratamento, até aqueles casos em que a paciente lança mão da recusa, em que sabe que tem câncer, mas continua acreditando que se trata de outro tipo de patologia.

Sentimento que, quiçá, é gerado pelo medo da discriminação e do estigma social. A discriminação ocorre quando um indivíduo é separado ou diferenciado dos demais membros da sociedade ou grupo, seja por deficiência física, cor, raça, religiosidade ou credo. Estes fatores que viabilizam a discriminação são chamados de estigma.

Goffman (1982, p. 14) define o conceito de estigma dizendo: "Um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação cotidiana possui um traço que se pode impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção

para outros atributos seus”. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto.

De acordo com Goffman (1982), os padrões incorporados da sociedade maior tornam o indivíduo estigmatizado mais suscetível ao que os outros vêem como seu defeito, levando-o aos poucos a concordar que, na verdade, o mesmo ficou abaixo do que realmente deveria ser. Assim, a vergonha surge quando o indivíduo percebe que um de seus próprios atributos é socialmente negativo.

Outro fator é a representação do câncer como uma sentença de morte. Ao se deparar com o diagnóstico de câncer de mama, a paciente se defronta com sentimentos estigmatizados como uma doença identificada incurável e cujo tratamento passa pela mutilação de uma parte do corpo fundamental para sua identidade feminina, obrigando-a a constatar sua fragilidade e seu desamparo, o que constitui-se numa situação traumática.

(...) quando fiquei sabendo do meu câncer, pensei que ia morrer, reuni toda a família, chamei meus oito irmãos e disse que estava com câncer e que iria morrer, foi uma gritaria, horrível, mas com calma e muita conversa meus irmãos me ajudaram a entender (...)

Sandra, 36 anos, Hospital Regional de São José

Na sociedade atual, em que as pessoas são desencorajadas a expressar suas emoções, principalmente a tristeza, a raiva e o luto, a doença aparece com a função de tornar emoções antes reprimidas e aceitas pela sociedade.

A perda do cabelo, o arroxamento das unhas e o receio da perda dos dentes trazem a idéia de morte. Este pânico diante da deformação e a idéia iminente de morte acometem os familiares, que não raro, isolam seus doentes e até os abandonam.

(...) me sentia um bicho, pois meus cabelos estavam caindo, era assustador, ai minha cunhada me trouxe um lenço pra por no cabelo, foi um santo remédio, me senti toda poderosa e mais chique.

Sandra, 36 anos Hospital Regional São José

(...) fui abandonada pelo meu marido, ele não conseguia me olhar sem cabelo e sem os seios, até me chamava de mostro, aleijada, só coisas que me deixavam pra baixo (...)

Aparecida, 42 anos, Hospital Regional São José

Uma questão que contribui para este isolamento e abandono é a crença popular de que o câncer é contagioso, ou que é um castigo ou uma punição por algo errado que a pessoa tenha feito.

(...) ouvi dizer por uma amiga que uma senhora que teve o câncer de mama, entrou na hidroginástica, e quando ela foi entrar na piscina, um senhor e duas senhoras se retiraram da água dizendo que não queriam ser contaminados. (...)

Rosilene, CEPON

Diante deste relato fica evidente a falta de consciência e conhecimento de muitos cidadãos a respeito da doença em si. Por isso, a prevenção e divulgação da doença se

tornam muito importantes na redução deste tipo de atitude. Percebemos que, no decorrer do relato feito pela participante, o grupo todo ficou abismado com tamanha falta de compreensão sobre a doença.

Outra justificativa da qual mulheres se utilizam para aceitar a mutilação é a consideração de que apenas o fato de estarem vivas após terem tido câncer, que ainda é um tipo de doença mortal em muitos casos, consiste em triunfo, em vantagem para elas e, assim, a ausência da mama se configura como sendo de menor importância.

(...) não sei o que aconteceu comigo, mas após minha doença, dei mais valor a mim mesmo, antes vivia da cabeça baixa, era a verdadeira empregada de meu filho e marido, agora só faço o que eu quero e gosto. Comecei a viver, sou outra mulher (...)

Zilene, 34 ano , Hospital Regional São José

(...) a gente aprende muito com a doença e começa a dar valor a coisas que antes pareciam insignificantes (...)

Tânia, 31 anos Hospital Regional São José

Como um dos primeiros símbolos da feminilidade, a mama representa a passagem do ser criança para o ser mulher. Por isso, ao atingir as mamas, o câncer afeta o centro da personalidade do indivíduo feminino.

Portanto, o tratamento não deve ser apenas da doença, mas da pessoa como um todo. Assim, por intermédio da multidisciplinaridade, a mulher receberá um tratamento que deve englobar todos os aspectos envolvidos em seu adoecer, incluindo a dor física e emocional.

(...) de nada adianta ficar com os seios bonitos, mas doentes, prefiro ficar sem eles e curada para viver (...)

Bianca, 43 anos, Hospital Regional de São José

O câncer de mama pode trazer também outros sentimentos como a baixa auto-estima, a sensação de valor diminuído, de não ser mais atraente e desejada, de não ser mais capaz de se relacionar sexualmente com seu parceiro ou encontrar um novo parceiro.

(...) meu marido estava me evitando, mas daí parei, chamei ele no canto e disse que eu precisava dele, e ele não estava me ajudando, pois fazia com que eu me sentisse uma coisa, pois não me tocava mais, agora ele está mudando, devagar mais está, o problema é que ele tinha medo de me magoar, mas na verdade agindo desta forma é que ele estava me magoando (...)

Sandra, 36 anos, Hospital Regional São José.

Outra alternativa para as mulheres que não querem fazer cirurgias como a da reconstituição é o uso da prótese confeccionada com tecido, bolinhas de isopor e pequenas esferas de chumbo, proporcionando equilíbrio da postura. Além da função estética, ela desempenha uma função anatômica. No Ambulatório CEPON, muitas das mulheres que participam do grupo de apoio, uma vez por mês, se encontravam para a confecção de prótese avulsa (sutiã) para as colegas que não queriam fazer a cirurgia, pois segundo elas, o índice de rejeição é grande e isto traria mais sofrimento.

Ao usarem a prótese, percebe-se o quanto a aparência e o corpo são importantes para elas. Muitas também ficam insatisfeitas em usar seios postiços, pois acham pesados ou, às vezes, deslocam-se do sutiã, mas são poucas as que mencionam para a família o problema e este é um aspecto em que os familiares devem ajudá-las e encorajá-las a fazer

uso dos recursos disponíveis. A ajuda poderá provir também das instituições especializadas e dos grupos de apoio aos pacientes com câncer.

(...) ninguém percebe a diferença quando estou com o sutiã, a não ser meu marido quando tiro. (...)

Bianca, 43 anos, Hospital Regional de São José.

Verificamos que a grande maioria das mulheres, dos dois grupos, usam apenas o sutiã e se sentem muito bem com ele, também porque tem medo da rejeição da prótese, já uma pequena minoria pensa em fazer a cirurgia de reconstituição, pois acham que assim vão ficar “normais” e mais bonitas para seus maridos.

De acordo com Goffman (1982), há uma tendência em se acreditar que alguém que possua uma marca ou defeito que deprecie seu *status* moral não seja completamente humano. Desta forma, esse processo de deformação do corpo, gerado pelo tratamento de quimioterapia, faz com que essas mulheres se sentam menos humanas, porque a perda desses elementos leva à deformidade.

A mulher que teve o seio extirpado em função do câncer de mama passou por vários momentos desde que foi detectada a doença, o diagnóstico, o estadiamento, a cirurgia, os tratamentos adjuntos necessários. A condição da mulher de ter sido submetida à mastectomia levou-a a mudanças em sua vida, e para enfrentar essas mudanças, ela passou por experiências dolorosas que possibilitaram configurar uma nova identidade pois:

[...] ela vive numa sociedade que valoriza o corpo perfeito como atributo essencial na atração sexual, e assim sendo, o câncer de mama traz

também modificações estéticas e funcionais desencadeadas pela cirurgia gerando novas sensações de atitudes, traçando a transformação de sua imagem corporal Alves, (1998 citado por FERREIRA, 1999, p.12).

Nenhuma história de doença, seja lá qual for, é completa sem o relato de alguns de seus mitos sobre as causas e curas, que se somaram ao longo dos séculos. Provavelmente há mais mitos sobre o câncer que qualquer outra doença. Um dos mitos mais predominantes e mais facilmente refutados é de que o câncer é contagioso. Desde os tempos de Eva nunca houve indícios ou evidências de que alguém pegasse câncer de mama de outros. E também não se pega câncer de um animal doente.

O câncer traz, em sua história, o estigma da morte e isto de alguma maneira, está no inconsciente coletivo das pessoas. Para o paciente com câncer, o medo se revela na idéia de uma morte demorada e dolorosa. Esta visão desperta nas pessoas sentimentos contraditórios, por exemplo: rejeição, o medo de arruinar a família, da hereditariedade da doença, dentre outras. O preconceito que esta doença carrega não é apenas da família, mas da população em geral e muitas vezes até mesmo dos profissionais de saúde, mas é importante desmistificar as idéias que se têm sobre o câncer (RAMOS, 1998, p. 34).

O estigma associado ao câncer é muito forte, como já foi retratado. Geralmente, o câncer é considerado uma sentença de morte pela sociedade em geral. Simonton *et al.*, (1987) afirmam que este conjunto de expectativas em relação ao câncer é comunicado não apenas pelos parentes e amigos, mas muitas vezes, pelos profissionais de saúde.

Os pacientes com câncer tornam-se extremamente susceptíveis a estas mensagens negativas que podem contribuir para uma auto-imagem negativa, fato que pode comprometer o desenvolvimento da doença.

2.4 Relação Médico e Paciente

As classes populares hoje segundo Luc Boltanski, estão diante da doença, da medicina e dos médicos, como diante de um universo estranho que, da mesma maneira que a sociedade capitalista pré-existe aos indivíduos e impõe-lhes sua linguagem e suas regras.

O mundo da doença e da medicina é, para os membros das classes populares, um universo, por essência, onde tudo é possível. Eles acreditam que tudo pode acontecer com seu corpo, ou por culpa da doença ou por culpa do médico e que não há mal tão monstruoso que não possa os atingir.

O médico atualmente é o agente de difusão dos conhecimentos médicos, e para a classe popular é o único representante da ciência legítima, assim conversam com seus médicos com boa vontade, contando de seus defeitos e qualidades.

Os doentes, desta classe, reprovam essencialmente aos médicos que “não lhes são francos”, pois isso apenas reforça a ansiedade face à doença.

Existe uma barreira lingüística que separa o médico do doente da classe popular, pois a utilização do vocabulário especializado redobra esta distância, devido ao mesmo tempo às diferenças lexicológicas e sintáticas que separam a língua das classes cultas, das classes populares.

Segundo Durkheim (1960), as categorias utilizadas pelos membros das classes populares para reinterpretar o discurso do médico são em geral categorias que

“correspondam às propriedades mais universais das coisas” e que são quase inseparáveis do funcionamento normal de espírito.

Conforme M. Maus (1974 p. 74 *apud* MINAYO, 1998), essas categorias estão constantemente presentes na linguagem, sem necessariamente estarem explicitadas, pois existem formas de hábitos diretores de consciência.

O maior fator de risco isolado para a ocorrência do câncer é a idade. Se todos vivêssemos 120 anos, quase todos morreríamos de tal doença. À medida que envelhecemos, por uma simples questão de tempo, as células do nosso organismo têm maior oportunidade de sofrerem alterações em seu código genético e tornarem-se cancerosas. As pessoas pouco informadas logo dirão que já viram câncer em crianças. Isso é verdade, mas a incidência desta doença nesta fase da vida do homem é infinitamente menor que nas populações mais idosas.

Podemos evitar ou retardar uma série de tipos de câncer, tendo uma vida saudável, alimentação adequada, fugindo, na medida do possível, do estresse e de uma série de fatores de risco que podem ser evitados (tabagismo, alcoolismo, exposição excessiva ao sol, alimentação pobre em fibras, promiscuidade sexual e outros).

Estes alertas são uma constante durante as reuniões, principalmente no Hospital Regional, uma doutora especialista em oncologia, participou de algumas reuniões a fim de esclarecer dúvidas e também dar um certo conforto perante a doença.

A presença do médico em encontros como estes favorece as duas partes, pois a relação se torna mais próxima, relaxada, a linguagem e o entendimento mais claros. Assim, há um vínculo mais forte entre paciente-médico.

Segundo médicos, câncer é a segunda causa de morte entre nós, superado apenas pelas moléstias cardiovasculares (infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e embolia pulmonar).

O impacto causado na mente das pessoas ao se saberem portadoras de tal doença é muito maior do que as moléstias cardiovasculares, embora mate menos. É preciso quebrar o estigma do que esta moléstia provoca e encará-la como qualquer outra, passível de cura quando diagnosticada nos seus estádios iniciais, se tratada corretamente.

Segundo o Ministério da Saúde, noventa por cento dos tumores malignos podem ser curados quando diagnosticados precocemente e tratados de maneira correta. Para se fazer um diagnóstico precoce é necessário ter um sistema de atendimento populacional bem estruturado, médicos bem informados sobre a doença e uma população devidamente informada sobre os fatores de risco, meios de diagnóstico, tratamento e perspectivas de cura.

As principais formas de tratamento, como já foram mencionadas, do câncer são: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia.

Médicos afirmam que os bons ou maus resultados no tratamento do câncer estão na dependência de fatores biológicos do próprio tumor, da fase em que se encontra (estadiamento), do paciente e do médico.

A participação do paciente no tratamento é de fundamental importância e, para isso, ele deve estar devidamente informado sobre a sua doença, tratamento, exceção feita aos casos muito especiais, como pacientes com distúrbios psíquicos ou outras situações clínicas em que o estresse pode levar ao risco de morte.

Segundo Luc Boltanski (1989 p.43), a comunicação entre médicos e pacientes é dificultada devido à linguagem que os médicos utilizam para falar a seus pacientes sobre a doença, isto é ainda mais evidente nas classes populares.

A experiência mostra que o doente bem informado coopera com o tratamento, mantém a confiança no médico e na família. Na maioria das vezes, é falsa a idéia de que se pode tratar o paciente sem que ele saiba da sua doença.

Segundo Helman (1994), pacientes de diferentes grupos socioculturais farão uso de diferente” linguagem de sofrimento” também distinta para comunicarem aos médicos a razão da consulta. O médico deverá “decodificar” a linguagem, inclusive a não explícita ou não verbal a fim de fazer um diagnóstico inicial. A consulta possui então características rituais e simbólicas cujas funções manifestas incluem a apresentação da enfermidade, o diagnóstico da doença e a prescrição do tratamento. Compreender as metáforas usadas pelo paciente, o significado, a percepção e a importância que este dá aos sintomas que ele tenta apresentar é tarefa do médico na busca de um bom diagnóstico.

O impacto de se saber portador de câncer é chocante, assim como o é qualquer outra notícia ruim, mas a informação criteriosa e adequada dada pelo médico especialista torna-a muito mais fácil de encarar, diminui a desconfiança, as idéias distorcidas que passam pela cabeça do paciente ou o que é pior, informações ou observações obtidas a partir de pessoas leigas, que viram ou ouviram falar de tantos casos bem ou mal sucedidos, mas que na maioria das vezes são diferentes do caso do paciente em questão. Os seres humanos gostariam de sempre receber boas notícias, este seria o mundo ideal, sempre cor de rosa, porém o mundo real é o que vivemos e é formado por alegrias, tristezas, vitórias, derrotas, saúde, doença, amor e desencontros, vida e morte. Viver no mundo ideal é fácil e, portanto, sem méritos, diria até fútil, cheio de imaturidade.

Nos momentos difíceis do mundo real é que as pessoas aprendem e amadurecem e é exatamente nestes momentos em que se detectam os fortes e os fracos, os vencedores e os derrotados, os sábios e os ineptos.

O câncer, assim como todas as outras doenças, faz parte do mundo real. É muito bom saber que enfrentá-lo de maneira racional permite a cura, sobrevida maior ou, quando tudo isso for impossível, ter uma qualidade de vida melhor dentro do convívio familiar e social.

A grande procura pelos chamados tratamentos alternativos, como as vacinas fabricadas e vendidas na clandestinidade, que não têm nenhum valor científico, se deve muito mais à desinformação (falta de comunicação médico-paciente) do que ao desespero. Quando há uma boa relação médico-paciente, fato que está se tornando difícil nos dias atuais, o próprio paciente durante a conversa nos deixará perceber o momento adequado e a quantidade de informações que quer, tornando-se apto para recebê-las. Muitas vezes, o medo da família em relação à doença é maior que o do próprio paciente; em outras situações, o próprio paciente, conhecedor de seu diagnóstico, tenta esconder da família para poupá-la do sofrimento. A consequência destas atitudes seguramente gera um convívio familiar doloroso. Desta forma, a relação de verdade entre o médico, o paciente e a família pode efetivamente trazer benefícios quanto ao processo de restabelecimento da saúde física e psíquica do paciente.

Para revelar informações sobre esta doença, exige-se do médico boa formação oncológica (científica e humanística) e experiência, para que as verdades possam ser ditas de maneira adequada, nos momentos corretos e em doses desejáveis pelo paciente ao longo do diagnóstico, tratamento e seguimento.

3 SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA SAÚDE

3.1 As Dimensões Socioculturais do Câncer de Mama e o Papel do Serviço Social

O desenvolvimento do Serviço Social no campo da saúde surgiu em decorrência de que a saúde do indivíduo não está relacionada somente aos fatores físicos, para assim, visualizar o homem como uma unidade bio-psico-social.

A área da Saúde é um campo rico para a atuação do Serviço Social, no qual o profissional pode intervir em questões psicossociais que permeiam a situação doença.

Embora nas últimas décadas tenham ocorrido alterações significativas no processo de atendimento aos pacientes com câncer, de como lidar com este diagnóstico, principalmente quanto à maior perspectiva de vida e/ou sobrevida frente ao avanço da medicina, ainda hoje a compreensão desta doença é baseada em tabus e preconceitos.

Nossa realidade demonstra que a maioria dos casos encaminhados para ‘tratamento’ seja ele Radioterápico ou Quimioterápico, já está em fase adiantada, comprometendo sobremaneira o prognóstico e a qualidade de vida do paciente que, paralelamente, já apresenta um quadro psicossocial econômico abalado em relação ao seu cotidiano.

O preconceito que esta doença carrega não é apenas da família, mas da população em geral e muitas vezes até mesmo do profissional de saúde. Portanto, é importante desmistificar a idéia que há sobre o câncer.

Primeiro, esclarecer que o câncer pode matar, mas não mata necessariamente e que existem outras doenças que matam tanto quanto ele. O importante é saber que vários tipos de câncer podem ser prevenidos e que a ação educativa é a melhor arma para prevenção.

Conclui-se então que, a morte é causada pelo diagnóstico tardio, e que um dado importante, com grande influência positiva no tratamento, é a confiança estabelecida entre o referido paciente e a equipe de saúde.

É neste momento que o profissional de Serviço Social torna-se importante na questão da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, posto que este busca restabelecer a saúde ou cuidar para que o paciente oncológico tenha uma melhor qualidade de vida.

Lembrando que a Saúde é mais que a ausência de enfermidade, é o bem-estar biopsicossocial, ou seja, poder sentir e desenvolver plenamente a sua capacidade de ser Humano.

Apesar de ter se ampliado o discurso sobre as fragilidades ou indefinições da prática profissional do serviço social, é possível verificar um aumento significativo de contratações de assistentes sociais nos serviços públicos de saúde e, segundo relatórios do II Encontro Estadual de Saúde Pública, tanto em nível nacional quanto local, os assistentes sociais são a quarta categoria de nível superior que compõem as equipes de saúde, ficando atrás apenas dos médicos, dentistas e enfermeiros.

Segundo Costa (2000 p. 62) "o cotidiano institucional deixava patente a existência de um conjunto de demandas que revelavam a utilidade da profissão na

dinâmica dos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde", daí a necessidade do profissional de serviço social.

Vale lembrar que, os principais programas vigentes no Hospital Regional de São José como O Programa para Diabéticos, O de Apoio às Mães com seus bebês na UTI neonatal, Programa para idosos, dentre outros foram elaborados, implementados, coordenados e executados por Assistentes Sociais, assim como no CEPON em que a Assistente Social é quem coordena o Grupo de Mulheres Mastectomizadas.

São várias as questões que podem ser trabalhadas pelo Assistente Social na área da saúde, sejam as trazidas pelos pacientes na hora da hospitalização, as quais podem ser de cunho social, econômico, emocional, bem como as trazidas por seus familiares, como a dificuldade de permanecerem por muito tempo acompanhando, ou até mesmo visitando seu parente e/ou amigo internado. Isto se dá devido ao fato de muitos serem oriundos do interior do Estado, ou por terem uma situação econômica precária, ou, ainda, por ambos os motivos, o que obviamente impossibilita o acompanhamento integral ou parcial por parte dos envolvidos neste processo.

É provável que todos os sujeitos mais próximos 'adoeçam' juntamente com o paciente, pois, no processo saúde-doença, "a família também é afetada e, frente à possibilidade da perda de um laço estabelecido, passa a rever suas relações" (SOUZA, RAMOS, FERREIRA *et al.*, 1997, p. 19).

Esta relação do paciente com os familiares fica mesmo abalada durante o período de internação, pois os familiares sofrem de um lado e o paciente do outro, é como se formasse uma barreira para um não machucar o outro, e isto deve ser trabalhado por uma equipe multiprofissional de médicos, de profissionais do serviço social, psicólogos e de uma equipe de enfermagem.

É nessa hora que a participação ativa da equipe de saúde se faz necessária, mais especificamente do assistente social, o qual, muitas vezes, é o único elo entre o paciente e os demais membros da equipe.

Todos da família, dependendo de como ela trabalha em seu interior a questão da doença do ente querido, precisarão de apoio de quantos possam surgir para levantar sua moral e sua auto-estima.

No entanto, não devem existir esperanças infundadas ou promessas, as quais não serão possíveis de se cumprir, mas uma relação verdadeira, em que precisarão imperar a solidariedade, o respeito e a dignidade de todos os atores envolvidos nesse momento.

O Assistente Social também desenvolve, na área da saúde, atividades de caráter educativo e de apoio pedagógico à mobilização e participação dos usuários e da comunidade, com o objetivo de atender às necessidades destes com ações de prevenção, recuperação e controle do processo saúde-doença, a fim de cumprir "o papel particular de buscar estabelecer o elo 'perdido', quebrado pela burocratização das ações" (COSTA, 2000, p. 62).

No Brasil, ainda impera o modelo médico-hegemônico, o qual centra suas ações em atividades da clínica médica curativista individual, secundarizando e desqualificando as ações e as atividades profissionais. E estas atividades não se constituem em objeto de práticas privilegiadas por este modelo, como as ações de educação em saúde (prevenção) e atividades de outras categorias profissionais, como é o caso dos assistentes sociais, dos nutricionistas e dos psicólogos.

Percebe-se que é urgente a concretização do trabalho coletivo na saúde, com a troca de conhecimentos, do acoplamento e integração de tarefas, as quais juntas desembocaram na melhor qualidade de atendimento à população usuária.

Apesar do Curso de Serviço Social não ser específico da área de saúde, ele possibilita ao graduando, futuro assistente social, atuar com competência nas diferentes formas de que se expressa a questão social, bem como o estimula a ser capaz de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive da saúde.

O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, a Associação Nacional dos Assistentes Sociais – ANAS e a Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social – ABESS, órgãos que representam a categoria, manifestaram-se em 1990 a respeito, dizendo:

“O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula e recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O assistente social como profissional de saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação da saúde. O assistente social é, pois, um profissional de saúde que vem corroborar a posição que emerge da categoria – fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão – buscando a garantia da qualidade na prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade a população brasileira.”

Este reconhecimento se deu, apesar de tardiamente, por intermédio da promulgação efetuada pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, sob a Resolução nº 218/97 em 06/03/1997, a qual qualifica as categorias profissionais consideradas imprescindíveis para efetivação das ações na área da saúde.

Gerber (2000) informa que ao elevarmos alguns princípios do Código de Ética do Profissional de Serviço Social, em vigência, desde 1993, pode-se confirmar essa merecida inserção do assistente social, enquanto profissional da saúde, pois existe o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ele inerentes, ou seja, a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais enquanto direito.

Devemos defender intransigentemente os direitos humanos e recusar o livre arbítrio e o autoritarismo.

Nosso objetivo deve sempre centrar-se na ampliação e consolidação da cidadania, pois tal tarefa é considerada primordial em toda a sociedade, e devemos visar sempre a garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras.

Nosso posicionamento deve estar sempre em favor da equidade e justiça social, para assim assegurar a universidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.

O assistente social deve garantir o pluralismo, pelo respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas e ser comprometido com o constante aprimoramento intelectual.

O surgimento de uma doença vem sempre acompanhado de um impacto emocional. Acontece uma interrupção da rotina de vida, no caso do câncer, por exemplo, e por ser uma palavra que ainda hoje é cercada de vários tabus, freqüentemente associada a situações de adoecimento, sofrimento, mutilação e morte, desestabiliza a vida do paciente e de seus familiares. Os problemas emocionais que acompanham este tipo de doença podem estar ligados às alterações na imagem corporal, diminuição da auto-estima, perda de iniciativa, sentimentos de incapacidade, bem como prejudicar a qualidade de vida do Homem.

O paciente em tratamento oncológico necessita de um maior acompanhamento e efetividade do trabalho da equipe interdisciplinar para adquirir orientação a fim de garantir a adesão ao tratamento e manutenção da qualidade de vida.

Este tipo de tratamento acarreta alguns problemas aos pacientes como: seu funcionamento físico, ou seja, desempenho das atividades pessoais, movimento, atividades físicas e sociais como trabalho e atividades caseiras; sintomas relacionados com a doença associados a dor, diminuição da capacidade respiratória, efeitos colaterais das drogas, perda de cabelo, terapia, e outros; problemas psicológicos como a depressão e a ansiedade; e também o funcionamento social.

Geralmente o câncer é uma experiência desgastante tanto para o paciente, quanto para sua família, pois todas as funções no contexto familiar são modificadas e podem produzir conseqüências como a dor, o desconforto, a incerteza quanto ao futuro, idéias suicidas, medo, dificuldades em seu relacionamento familiar e interpessoal, ansiedade depressão, dentre outros. Estes aspectos, se ignorados, podem acarretar uma redução significativa na qualidade de vida do paciente e familiar e afetar, de forma adversa, o tratamento e reabilitação do mesmo.

Assim, cada profissional tem um papel fundamental ao cuidar de um paciente com câncer. O profissional de psicologia tem que estar atento ao comportamento do paciente e seus familiares; cabe ao profissional de enfermagem procedimentos hospitalares, como leitos, alta, providenciar medicamentos, conforto e bem-estar ao paciente, assim também como orientar o paciente e familiares quanto aos cuidados em casa ou no hospital, em contrapartida, o profissional de serviço social intervém no sentido de clarificar, motivar, apoiar, conscientizar, orientar e diminuir tensões e sofrimentos causados pela doença.

O processo de trabalho do assistente social é o de orientar o paciente e seus familiares quanto ao processo de tratamento ou cura, sem esquecer de utilizar uma comunicação clara, a fim de facilitar a comunicação para que o paciente tenha acesso ao saber, aos recursos disponíveis e ao poder de decisão.

O direito à informação deve ser assegurado aos pacientes, incluindo vários aspectos, por exemplo: estado atual e sua evolução, diagnóstico médico e prognóstico. Tem direito de saber tudo que está relacionado com seu corpo, sua saúde ou sua doença ao tratamento proposto e seus efeitos adversos. Estas informações devem ser prestadas por todos os profissionais.

O Código de Ética Profissional é claro quando fala que o Assistente Social deve garantir a plena informação, respeitando as decisões dos usuários, deve democratizar a informação e o acesso aos programas disponíveis e fornecer à população concernente o trabalho desenvolvido pelo serviço social.

Portanto, o Serviço Social, ao atuar na área hospitalar, presta importante contribuição no atendimento às necessidades humanas e sociais, ou seja, a todas as pessoas que se encontram na Instituição, quer sejam pacientes, familiares, membros da equipe de saúde, ou outros.

A prática profissional do Serviço Social deve ter a relação saúde e cidadania, pois os usuários normalmente recebem seus direitos como favor, e diante de tão pouco acesso que têm aos serviços de saúde, não conhecem os seus direitos.

Iamamoto (1999, p. 113) afirma que

“Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é o de desenvolver sua capacidade em decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes para preservar direitos a partir de demandas emergentes no cotidiano. O perfil predominante do assistente social historicamente é o de um profissional que implementa políticas sociais. Hoje, exige-se um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais públicas e empresariais: um profissional prepositivo, com sólida formação ética, capaz de contribuir no esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informações, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado”.

Ao conhecer os direitos dos usuários, o Serviço Social pode intervir para que os mesmos sejam assegurados e visem à conscientização, no sentido de que os usuários conheçam e aprendam a reivindicá-los.

O assistente social pode contribuir para uma compreensão mais realista dos problemas que o paciente e sua família têm que enfrentar face ao diagnóstico negativo, tratamento prolongado ou recuperação parcial. Além disso, pode informar sobre qual a forma habitual do paciente reagir quanto à situação problemática. Isto permite que a equipe interdisciplinar proporcione-lhes uma ajuda mais efetiva, consciente e adequada à sua realidade e a de sua família.

4 DIREITOS

4.1 Direitos Sociais dos Usuários com Câncer

Para quem não tem conhecimento, ter câncer custa, além de muito sofrimento, muito dinheiro, os tratamentos como sabemos são muito agressivos e na maioria das vezes mutilantes, os medicamentos são de uso contínuo e os exames caros, sem contar com o fantasma da metástase para o resto da vida.

(...).procurei meus direitos , fui ao INSS, a CEF, e a perícia médica, temos muitos direitos mas o problema é a burocratização, principalmente para se fazer a perícia médica só falta pedirem um atestado de óbito para aceitarem nossa doença(...)

Diva, CEPON

(...) o problema é que sabemos dos direitos mas a burocratização nos impedem de seguir buscá-los(...)

Sônia, CEPON

Não bastasse tudo isso, o paciente tem ainda que buscar e fazer valer seus direitos, enfrentando todo tipo de empecilho, numa corrida de obstáculos burocráticos que deixa muita gente no meio do caminho. Por isso os documentos são muito importantes tanto para o paciente quanto para seus médicos e advogados. Documentos como laudos, radiografias, mesmo um exame anterior á doença serve de referencial para que o médico tenha meios de estabelecer comparativos, avaliar a doença e dirimir dúvidas.

(...) guardo todo tipo de documentação, desde atestados , pedidos de exames, tenho uma pasta para isto, não sei se um dia vou precisar né (...)

Virginia, 63 anos Hospital Regional São José

(...) acho que falta informação, pois no DETRAN fui atrás de comprar um carro adaptado, e o moço que me atendeu só faltou dar risada da minha cara, dizendo que este tipo de direito é para pessoas com deficiência física, eles não entendem que na cirurgia eles retiram a glândula e nossos movimentos com o braço ficam abalados e sem força (...)

Cleide, CEPON

(...) acho bem importante, alguém nos falar sobre nossos direitos, pois muitas vezes não sabemos a quem recorrer e nem se temos certos direitos.(...)

Bárbara, 41 anos Hospital Regional São José

Outros documentos importantes são:

- certidão de nascimento paciente e dependentes;

- certidão de casamento ou divórcio;
- carteira de trabalho e previdência social (CTPS);
- carnês de contribuições previdenciárias;
- contratos de planos de saúde, seguro e de financiamento da casa própria;
- cartão do PIS/PASEP;
- extratos do FGTS;
- declarações do imposto de Renda;
- contracheques;
- carta de concessão da aposentadoria; receitas médicas e notas de compras de medicamentos;
- outros documentos que possam instruir requerimentos ou provar a existência de direitos.

“ Os direitos não socorre aos que dormem ”

(brocardo latino)

Os direitos dos pacientes oncológicos estão garantidos pelo artigo 196 da Lei maior do País, que é a Constituição Federal, nela fica claro que

A saúde é direito de todos e dever do Estado garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação.

Isto significa que todos, acometidos de qualquer doença, inclusive o câncer, têm direito a tratamento pelos Órgãos de Assistência Médica, mantidos pela União, Estado ou Município.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/90), “ é responsabilidade do Estado a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, garantindo á população acesso aos serviços e ações de saúde sem privilégios de qualquer espécie.”

Este tratamento compreende em consultas, remédios, cirurgias, exames laboratoriais, tomografias, exames de raio X, ultra-sonografias, quimioterapia e outros, os quais devem ser realizados nos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON: unidades hospitalares públicas, privadas ou filantrópicas que dispõem de recursos humanos e tecnológicos), mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e custeados pelo Estado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) divide-se em três níveis de atenção de acordo com a complexidade das situações de saúde.

O Nível Primário de Atenção à Saúde são feitas atividades de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Estas atividades são desenvolvidas por médicos, odontólogos, enfermeiros, bioquímicos e farmacêuticos.

Este nível tem sua Gerência exclusivamente Municipal e seus estabelecimentos são os Centros de Saúde e os Hospitais Locais, contemplando assim populações diferenciadas.

O Nível Secundário de Atenção à Saúde desenvolve além das atividades do Nível Primário, as atividades assistenciais e algumas especialidades médicas, na atenção ambulatorial, internação, emergência e reabilitação.

Este nível tem sua Gerência Municipal, embora também atenda populações de outros Municípios. Os estabelecimentos deste nível são as Policlínicas, os Hospitais Especializados e Laboratórios, que contemplem populações no âmbito Municipal e Regional.

O Nível Terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos do sistema, seja no atendimento ambulatorial, internação, emergência e reabilitação.

Neste nível além das atividades dos níveis primários e secundários, faz-se atendimento nas especialidades que necessitam de tecnologia de alto custo e pessoal altamente especializado em todas as modalidades.

Os estabelecimentos deste nível são as Policlínicas Regionais, Hospitais Especializados, Hospitais Universitários, Laboratórios Regionais e Centrais, e Hemocentros. A Gerência aqui é Estadual, mas existem discussões para a Municipalização.

Segundo Souza (2001), o Nível de Alta Complexidade caracteriza-se pelo atendimento de internações e pelas situações emergenciais, além de possuir maior complexidade tecnológica. Neste nível as ações de saúde devem contemplar a assistência

clínica a pacientes internados, incluindo consultas ambulatoriais pré e pós-internação imediata; atendimento exclusivamente ambulatorial para segmento clínico de pacientes, ou de consultas com especialistas não disponíveis nos outros níveis de atenção; atendimento de emergência 24 horas; atendimento em regime de hospital dia, quando necessário; realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; atendimento odontológico especializado; oferecimento de medicamentos e promoção de atendimento em enfermaria; atividades de treinamento e reciclagem de recursos humanos.

Assim, fica claro que devemos exigir do Estado o melhor tratamento de câncer aos acometidos pela doença, usufruindo dos mais atualizados e eficientes meios médicos e científicos.

A legislação brasileira assegura aos portadores de neoplasia maligna alguns direitos especiais como destaco a seguir:

Acesso aos dados do Serviço Médico

Conforme o Código de Ética Médica – art. 70 de 1988, capítulo VII, é vetado ao médico: “ negar ao paciente acesso a seu prontuário medico, ficha clinica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias á sua compreensão salvo quando, ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros”.

Para exercer este direito é necessário encaminhar um requerimento á entidade ou ao médico que detenha as informações. Feitos em duas vias protocoladas, onde uma copia fica com o requerente.

Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)

A Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, com dispositivo acrescentado pela Lei nº 8.922, de 25 de julho de 1994, em seu art. 20, inciso XI, assegura que a conta vinculada do FGTS poderá ser removida quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes forem acometidos por neoplasia maligna.

Todos os trabalhadores regidos pela C.L.T (Carteira Profissional assinada) têm direito ao FGTS.

Licença para Tratamento de Saúde Auxílio – Doença.

- Servidores Públicos Estaduais (Lei nº 6.745, de 28/12/85 Estatuto dos Servidores Civis Estaduais e Constituição Estadual de Santa Catarina)

Os artigos. 64 a 68 disciplinam a concessão de licença saúde ao servidor que, por motivo de saúde, esteja impossibilitado de exercer o seu cargo, mediante inspeção do órgão médico oficial, até 24 meses, prorrogável por igual período.

-Servidores Públicos Federais (Lei Federal nº 8.112, de 11/12/90):

Os arts.202 a 206 disciplinam a concessão de licença de saúde, autorizadas com base em perícia médica, sendo que findo o prazo concedido pela licença, o servidor será submetido a nova inspeção médica, que concluirá pela volta ao serviço, pela prorrogação da licença ou pela aposentadoria.

O Auxílio-Doença será devido ao doente que ficar incapacitado para o seu trabalho ou para sua atividade habitual por mais de 15 dias consecutivos, durante estes dias cabe a empresa pagar o salário ao doente empregado.

Para quem tem câncer, não existe carência para requerer o auxílio – doença ou a aposentadoria por invalidez, desde que comprovado o diagnóstico com laudo médico e o paciente tenha inscrição no Regime Geral de Previdência Social (INSS).Aos acidentados de trabalho, consistira numa renda mensal correspondente a 91% do salário de benefício.

Até que volte a trabalhar na nova atividade, que lhe garanta a subsistência, o doente continuara a receber o auxílio – doença. Sendo obrigado, sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da Previdência Social (INSS), processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, e tratamento dispensado gratuitamente.

O auxílio doença deixa de ser pago quando acontece a recuperação da capacidade para o trabalho ou pela transformação em aposentadoria por invalidez.

Aposentadoria por invalidez

-Servidores Públicos Estaduais(Constituição de Santa Catarina , art. 30,I e Estatuto dos Servidores Civis Estaduais):

O artigo 110 e seus parágrafos dispõem que a aposentadoria que depender da inspeção médica só será concedida depois de verificada a impossibilidade de transferência ou readaptação do servidor (art.35 e 36), devendo o laudo mencionar se o servidor está inválido para as funções do cargo ou para o serviço público em geral e se a invalidez é definitiva. Não sendo comprovada a cura, o servidor será aposentado definitivamente, com proventos integrais.

-Servidores Públicos Federais(Lei nº 8.112, de 11 /12/90):

Artigo 186, capítulo e inciso I, dispõe que o servidor será aposentado por invalidez permanente, sendo os proventos integrais, quando decorrente de doença grave, esclarecendo seu parágrafo 1º que se considera doença grave a neoplasia maligna (câncer).

Entretanto, nos art. 188, parágrafo 1º e 2º, estipula que a aposentadoria por invalidez será precedida de licença para tratamento de saúde, por período não excedente a 24 meses, conjuntamente com a possibilidade do servidor reassumir o cargo ou ser readaptado (conforme art. 24).

A Aposentadoria por Invalidez só pode ser requerida quando a pessoa não tiver mais possibilidades de trabalhar. Não basta apenas ter câncer.

Existem dois tipos de trabalhadores: os celetistas e os funcionários públicos.

O INSS assegura aos celetistas portadores de câncer, com base em laudo médico, o direito a Aposentadoria por Invalidez, independente do número de contribuições (sem carência). Se o celetista estiver recebendo Auxílio- Doença a Aposentadoria por Invalidez começará a ser paga a contar do dia imediato ao da cessação do Auxílio – Doença.

Para o segurado do INSS (empregado) que não estiver recebendo Auxílio-Doença, a Aposentadoria por Invalidez será paga a partir do décimo sexto dia de afastamento da atividade ou a partir da data da entrada do requerimento.

Para os trabalhadores autônomos a Aposentadoria por Invalidez será paga a partir da data do início da incapacidade ou a partir da data da entrada do requerimento, quando requerido após o trigésimo dia de afastamento.

O benefício deixa de ser pago quando: o segurado recupera a capacidade para o trabalho; quando o assegurado volta voluntariamente ao trabalho e quando o segurado solicita e tem a concordância da perícia medica do INSS.

Já os funcionários públicos são regidos por leis especiais, sendo assim devem procurar o departamento pessoal de sua empresa.

Amparo Assistencial ao Deficiente, atualmente modificada pela LOAS (Lei

Orgânica de Assistência Social)

A LOAS tem como objetivos a proteção a família da maternidade, da infância, da adolescência, da velhice, da reabilitação dos portadores de deficiência, amparo a crianças e integração do mercado de trabalho e a garantia de um salário mínimo ao idoso e ao portador de deficiência.

Este benefício chama-se Prestação Continuada, esta previsto na LOAS, que consiste em um salário mínimo, aos idosos com 70 anos ou mais, e aos portadores de deficiência, sem condições de se proverem ou serem providas suas necessidades, por suas famílias.

Para se ter acesso a este benefício, o usuário deve dirigir-se aos postos do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) Órgão ou Entidade parceiros na operacionalização do benefício.

Plano de Saúde ou Seguro Saúde.

A Lei nº 9.656/98, alterada pela MP nº 2.177/2001, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência á saúde, estabelece, nos arts.10 a 12, as exigências mínimas de prestação de serviço conforme plano ou seguro-referência de assistência á saúde (principalmente, negativa de cobertura a medicamentos ou prótese para a reconstrução mamária decorrente de tratamento de câncer), que igualmente, se submetem ao Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, desde 01/01/99, os Planos ou Seguros de Saúde tem que cobrir os eventos ligados ao câncer, de acordo com o tipo de contrato assinado. Os contratos podem ser:

- **Só ambulatorial:** cobrindo consultas, exames, radioterapia e quimioterapia ambulatoriais. Não cobrindo cirurgias e hospitalizações.

- **Só hospitalar:** cobre cirurgias, internações, exames (quando internado), radioterapia e quimioterapia. Não cobre consultas e exames quando o doente não esta internado.

- **Ambulatorial + hospitalar:** cobre tudo.

Quando o Plano de Saúde é feito após o doente ter conhecimento da doença, existe a Cobertura Parcial Temporária, por um prazo fixado no contrato, onde ficam suspensas as cirurgia, as internações em leitos de alta tecnologia (CTI ou UTI) e os procedimentos de Alta Complexidade, relacionados á doença preexistente (câncer).

Nos Planos de Saúde, feito pelas empresas não existe Cobertura Parcial Temporária, ou seja, o atendimento do doente com câncer tem de ser integral desde a assinatura do contrato.

Os atendimentos de urgência e emergência relacionados á doença (câncer), terão cobertura mesmo durante o período da Cobertura Parcial Temporária, nas doze primeiras horas, após, o atendimento terá que ser pago pelo paciente ou custeado pelo SUS.

Nos casos de câncer de mama é assegurado a Cirurgia Plástica Reparadora a ser feita pelo Plano de Saúde, em contratos firmados após 01/01/99.

Isenção do Imposto de Renda na Aposentadoria

Lei nº 7.713, de 22/12/88.

A Isenção do Imposto de Renda aplica-se á aposentadoria dos portadores de câncer, mesmo quando a doença tenha sido identificada após a aposentadoria.

O aposentado poderá requerer a Isenção junto ao Órgão competente como INSS, Prefeitura, etc, mediante requerimento protocolado.

O valor de ortese e prótese pode ser deduzido da declaração anual do Imposto de renda e não tem direito a isenção os portadores de câncer que não tenham se aposentado.

Andamento Judiciário Prioritário

Recentemente o Código de Processo Civil, a lei que regula o andamento dos processos na Justiça, foi alterado para conceder o andamento prioritário de qualquer processo (cível, criminal ou trabalhista) a todas as pessoas que tenham mais de 65 anos. Ou seja, o doente que tem qualquer processo em andamento na Justiça, recebe o benefício de ter maior rapidez no andamento.

Mesmo que o doente não tenha 65 anos de idade, poderá requerer o benefício, pois tem menor expectativa de sua capacidade de vida, em razão do câncer.

Quitação do Financiamento da Casa Própria Sistema Financeiro da

Habitação

Quando se adquire uma casa financiada pelo Sistema Financeiro da Habitação, juntamente com as prestações mensais para quitar o financiamento, paga-se um seguro destinado a quitar o imóvel, no caso de invalidez e morte.

O seguro quita a parte da pessoa inválida na mesma proporção que sua renda entrou para o financiamento. Por exemplo, se na composição do financiamento o doente entrou com 100% da renda, o imóvel será totalmente quitado, se contribuiu com 50% terá quitada metade do imóvel e sua família terá de pagar os restantes da prestação mensal.

O Sistema Financeiro de Habitação, entende invalidez total e permanente como incapacidade total ou definitiva para o exercício da ocupação principal e de qualquer outra atividade laborativa, causada por acidente ou doença, desde que ocorrido ou adquirido, após a assinatura do contrato de compra da casa própria.

PIS / PASEP

A Resolução nº 1, de 15/10/96, do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP estabelece direito ao recebimento do benefício.

Poderá fazer o saque das quotas o trabalhador cadastrado no PIS que for portador de câncer ou cujo dependente for portador desta doença. São considerados dependentes os

inscritos como tal nos institutos de Previdência Social da União INSS, dos Estados e dos Municípios abrangendo as seguintes pessoas:

-cônjuge ou companheiro(a);

-filho de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido;

-irmão de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido;

-pessoa designada menor de 21 anos ou maior de 60 inválida;

-os admitidos no regulamento do Imposto de Renda: Pessoa Física, abrangendo as seguintes pessoas:

-cônjuge ou companheiro(a);

-filha ou enteada, solteira, separada ou viúva;

-filho ou enteado até 21 anos quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

-os pais, os avós ou bisavós;

-o incapaz, louco, surdo, mudo que não possa expressar sua vontade, e o pródigo, assim declarado judicialmente;

-os filhos, enteados, ou irmãos, ou netos, ou bisnetos, se cursando ensino superior, são admitidos como dependentes até completarem 24 anos de idade.

Isenções de Impostos na Compra de Veículos

Isenção I.P.I (Imposto sobre Produtos Industrializados – Imposto Federal)

Lei nº 10.690/03 prorrogou a vigência da Lei nº 8.989/95.

Para a Isenção de compra de veículos é necessário que a pessoa tenha deficiência nos membros, sejam superiores ou inferiores, impossibilitando a direção de veículos comuns.

Este direito não surge somente pelo fato da pessoa ter câncer, mas sim se a doença ocasionar deficiência física.

São isentos do I.P.I, em todo o território nacional, os automóveis de passageiros ou veículos de uso misto de fabricação nacional, movidos a qualquer tipo de combustível, que apresentem características especiais e sejam adquiridos até 31 de dezembro de 2006, por pessoas portadoras de deficiência física que os impossibilite de conduzir veículos comuns.

As características especiais do veículo são aquelas, originais de fabrica ou resultantes de adaptação, que permitam a adequada utilização do veículo pela pessoa portadora de deficiência física, exemplo câmbio automático ou hidramático e a direção hidráulica. E este veículo só poderá ser vendido após três anos, antes deste prazo é necessário a autorização do Delegado da Receita Federal e o Imposto só não será devido se o veículo for vendido a outro deficiente físico.

Isenção do I.C.M.S (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços)

O I.C.M.S é um Imposto Estadual, por isso cada Estado da Federação tem sua Lei própria regulamentando este Imposto.

O ICMS/97, Anexo 2, arts.38 a 40, isenta do ICMS os portadores de câncer que sofrem ou sofreram deficiência física que o impeça de dirigir veículo convencional decorrente do tratamento.

Se no Estado em que o deficiente físico reside não existe previsão legal de isenção, o único caminho é procurar o Governador, para que o mesmo envie á Assembléia um Projeto de Lei de Isenção do I.C.M.S.

Seguro de Vida

Ao fazer um Seguro de Vida a pessoa pode escolher fazer junto um seguro de invalidez permanente total ou parcial.

Previdência Privada

Se a pessoa tem um plano de Previdência Privada, e se no contrato constar a opção pela modalidade de Renda por Invalidez permanente total ou parcial e a pessoa eventualmente ficar invalida total ou parcial e permanente durante o período de cobertura de carência estabelecida no plano, a pessoa terá direito a uma renda mensal.

Cirurgia Plástica Reconstructiva de Mama

A cirurgia plástica reconstructiva de mama pode ser realizada através:

- **do SUS** - a Lei nº 9.797, de 06/05/99, obriga o Sistema Único de Saúde a realizar cirurgia reconstructiva de mama nas mulheres que sofreram mutilação total ou parcial da mama, decorrente de tratamento de câncer;

- **dos Planos de Saúde** – Lei nº 9.656 de 03/06/98, com alteração da Lei nº 10.223, de 15/05/01, obriga-os, por meio de sua rede de unidades conveniadas, a prestação de serviço de cirurgia plástica reconstructiva de mama, utilizando-se de técnicas e meios necessários para o tratamento do câncer.

Obrigações do Estado, Prestação de Serviços e Fornecer Medicamentos.

A Constituição Federal, em seus artigos 6º e 196º, assegura a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e a Lei nº 8.080/90, em seus artigos 2º e 7º, ressaltam que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde em sua integralidade.

Isto faz com que o Estado seja obrigado a prestar serviços, bem como, fornecer os medicamentos indispensáveis à cura de qualquer cidadão, ainda mais quando o tratamento se torna um fardo financeiro deveras pesado para que os paciente suportem.

No que diz respeito aos direitos dos acometidos pelo câncer, nos dois grupos o interesse é muito grande. A grande maioria das participantes solicitam que cada vez mais sejam informadas sobre seus direitos para que possam buscá-los.

Considerações Finais

Por meio da realização deste trabalho, baseado nas observações nas reuniões de grupo de ajuda e apoio as mulheres mastectomizadas, no Hospital Regional de São José e no Hospital Cepom, buscou-se entender as representações sociais diante da saúde e da doença, assim como o câncer de mama e suas dimensões sociais e como a concepção de corpo esta diretamente relacionada ao trabalho e a produtividade das mulheres acometidas pelo câncer da mama.

No decorrer do trabalho e nas observações realizadas, ficou evidente o medo do adoecer, e a perda da capacidade de sustentação própria e do grupo familiar, que as vezes dependiam delas para sobreviver, isto devido a doença.

È perceptível que após a concepção da doença, as mulheres mudam seus hábitos em relação á saúde, procurando o médico de forma preventiva.

O que direcionou este trabalho foram as teorias de representações sociais, direcionando a compreensão do corpo e da doença, assim também como a representação e vivência da doença e da sexualidade, mas o que foi constatado no transcurso deste trabalho é que a questão sexualidade é relegada a segundo plano, a mama é representada como órgão de função utilitarista e o uso da prótese uma forma de encobrimento do estigma de ser portador de câncer de mama, de ter passado por um processo de adoecimento, que conforme relatos, é vivido como uma punição e como uma limitação da capacidade de sustentação , portanto depreciativo do status moral e do valor social do indivíduo.

Assim pode-se concluir que o tratamento do câncer, gera dor física e inabilita temporariamente as mulheres, para o exercício de suas atividades, pelo menos durante o período da quimioterapia.

Na sociedade ocidental moderna onde é necessário um sujeito saudável para produzir, a ocorrência de câncer em um membro, prejudica a família das classes trabalhadoras.

Neste sentido é preciso que o serviço social como profissão escrita na área da saúde, busque alterações no tocante ao modo como é tratada a questão saúde, que hoje privilegia a atenção médico hospitalar em detrimento da formação de uma nova convivência sanitária voltada ao trabalho e a prevenção.

Sendo assim, cabe a cada um de nós, portanto, como profissionais do serviço social, que atuam junto as camadas subalternizadas da população, seja na saúde, habitação, comunidades,etc..., abrir espaços para a construção da subjetividade dos sujeitos, a fim de que eles possam decidir, compreender e ter consciência de seus direitos a fim de modificarem sua condição de vida sob novas formas de expressão social de seu cotidiano.

Referências Bibliográficas

ALVES, Paulo César (org.) **Saúde e Doença**: um olhar antropológico (organizadores Paulo César Alves; Marília Cecília de Souza Minayo – Rio de Janeiro; Fio Cruz, 1994. 251p.

AZIZE, Rogério Lopes. “**A química da qualidade de vida**: um olhar antropológico sobre uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras”. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - UFSC, 2002.

BARBOSA, R.N.C, CARDOSO F.G & ALMEIDA N.L.T (org) (1998). A categoria processo de trabalho e o trabalho do Assistente Social. In: Revista Serviço Social e Sociedade.

BERLAND, I.&PASSOS, J. **Enfermagem Clínica**: aspectos fisiopatológicos e psicossociais.SP:EPU,1979.V3.

BOLTANSKI,L.(1984). **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro, Graal

BRASIL, (1999). Conselho Federal de Serviço Social. Intervenção do profissional no campo de saúde. **Parecer n* 073**, de 18 de julho , Brasília.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. O trabalho antropológico: olhar, ouvir e escrever. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v.39, n. 1, p.13-37, 1996

COHN, A (org).(1991). **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: cortez, ano XXI, n* 62. 2000.

DE VITTA, V.T. et al. **Câncer: princípios e prática de oncologia**. Barcelona: Salvat Editores.1984, Tomo I, 895 p.

DOISE, W. **Definição de um conceito**. (s.p.:s.n) (19) 11p. polígrafo

DUARTE, Luiz Fernando Dias, LEAL, Ondina Fachel. **Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

DURKHEIM, E. Sociedade como fonte do pensamento lógico. In ___ RODRIGUES, J. A (Org.).Émile Durkheim: **sociologia**. São Paulo: Ática, 1978. Cap.3, p.23-36.

FERREIRA, J.O corpo signico. In: ALVES, P. C.; MINAYO,M.C.S. (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

Foucault, M (1980). **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária

GOFFMAN, E. **Estigma**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

HELMAN, CG. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Medicas; 1994.

HERZILICH, C. **Representações sociais da saúde e da doença e sua dinâmica no campo social**. (s.p.:s.n.) (19) 12p. polígrafo. (1991)

IAMAMOTTO, M. V.(1997). **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**, Fortaleza:CRESS-CE (Debate número 6)

INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANCER <<http://www.ibcc.com.br>>

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER <<http://www.Inca.org.br>>

JODELET, D. Fenômeno, conceito e teoria. (s.p:s.n) (19). 7p.polígrafo. In: MOSCOVICI, S. **Psychologi Sociale**, Paris, PUF, 1984. Trad. Livre Prof. Dionéa Soares.

_____. **Representações sociais: um domínio em expansão** (s.p:s.n) (19).24p. polígrafo.

----- Representações do corpo e suas transformações. In. Farr, R., MOSCOVICI, S., **Social Representations**. Cambridge, Cambridge. University Press, 1984.p. 211-238. Trad. Livre Prof. Fernando Volkmer.

LAGO, M.C.S.(1999). Identidade: A fragmentação do conceito. Em A .L. Silva, M.C.S. Lago & T. Ramos (Orgs). **Falas de gênero** (p.119-129). Florianópolis: Mulheres.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas, SP: Papyrus, 2003.

LE SHAN, L. **O câncer como ponto de mutação – um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde**. São Paulo: Summus, 1992.

Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). (1995). **Secretaria do Desenvolvimento Social e da Família, Florianópolis**

MAMEDE, MV. Mulher e câncer. **Revista Paul Enfermagem**. 1993; 12:99-102
MAUSS, M. **As técnicas corporais. Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU, EDUSP,1974. 2v.

MERCÊS, N.N, ALVES . **As representações sociais do câncer-** enfermos e familiares compartilhando uma jornada. Dissertação de mestrado – UFSC - Fpolis - 1998.

MINAYO, M. C. S. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, P. C.; ----- (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

----- (1992). O desafio do conhecimento. **Pesquisa Qualitativa em Saúde** . São Paulo. HUCITEC ABRASCO.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978. 291p. Trad. La psychanalyse – son image et son public.

----- . **Sobre representações sociais**. 1974. 34p. polígrafo.

MUMARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira:** corpo e classe social no Brasil. Petropolis: Vozes, 1983

NASCIMENTO – SCHULZE, C. M. Dimensão da dor no câncer: **reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde**. São Paulo: Robe, 1995.

NEWELL, G.R. et al. Epidemiologia del câncer. In: DE VITTA, V.T. et al. **Câncer: principios y prática de oncologia**. Barcelona . Salvat Editores. 1984, Tomo I, p.3-24.

OLIVEIRA, DC. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. **Revista Ciências Humanas EFUFSC 2000:** Número especial temático: 47-65.

OLIVEIRA, H. M. J. de, (1996) **Assistência Social:** do discurso do Estado á prática do Serviço Social. Florianópolis: ed. UFSC

PALMONARI, A & DOISE, W. **Representações Sociais.-Definição de um conceito;** Trad.Dionéia Soares. Paris: TDB, 1986. Trad. Le Representacions Sociales, Definicion d' un concept.

PANDINI, A.C.T.(1997). **Identidade feminina e imagem corporal em mulheres histerectomizadas.** Dissertação de mestrado em Psicologia, Universidade de São Paulo, (USP), São Paulo.

PINOTTI, J. A Faúndes, **.A mulher e seu Direito á Saúde:** por uma política de saúde no Brasil. São Paulo, Manole, 1988.

QUEIROZ, E. (1993). **Bem estar psicológico e enfrentamento após mastectomia.** Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universalidade de Brasília, Brasília.

QUINTANA, A . M. ;Santos, L.H.R.;Russowsky, I.L.T.; Wolff, L.R. Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. **Revista de cancerologia:**45-52, 1999.

REMEN, R.N. **O paciente como ser humano.** São Paulo: Summus,1992.

RIDENTI, M. **Classes sociais e representação.** São Paulo: Cortez, 1994.118p.

ROBBINS, S. L. **Patologia estrutural e funcional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 5.

RODRIGUES, D.P; Melo, E.M; Silva, R.M: Mamede, M.V. O suporte social para atender as necessidades das mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia:**44 (3):231-238,1998.

SANTA'ANNA, DB. A mulher e o câncer na história. In: Gimenes MGG, Fávero MH. editores **A mulher e o câncer.** São Paulo: Editorial Psy; 1997. p.43-70.

SILVA, S. R. **Benzeção:** um rito mágico de cura. Goiânia, 1998. 55p. Monografia, Universidade Federal de Goiás.

SIMONTON, O. C.; MATTHEWS-SIMONTON, S.; CREIGHTON, J.L. **Com a vida de novo uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer**. São Paulo: Summus, 1987.

SIEGEL, B. S. Amor, medicina e milagres – a cura espontânea de doenças graves, segundo a experiência de um famoso cirurgião norte-americano. São Paulo: **Best Seller**, 1989.

SILVA, M. A.. D. Quem ama não adocece – o papel das emoções na prevenção e cura das doenças. São Paulo: **Best Seller**, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA < <http://www.sbcancer.org.br>>

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SPINK, M.J. & GIMENEZ, M.G. **Representações e estratégias de enfrentamento e bem estar psicológico após câncer de mama**. 1997. Polígrafo.

TATAR, M. Saúde ao alcance de todos. In: <http://www.nenossolar.com.br/doen/alcance.html>.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

----- **Intenção -ação no trabalho social: uma contribuição ao debate sobre a relação assistente social- grupo**. São Paulo: Cortez, 1985.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método de pesquisa das representações sociais. IN: JOVCHELOVITCH, S. & GURESCHI, P. (org) **Textos em representações sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.324p

WANDERLEY, K.F.(1994). Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: M.M.J.M.Carvalho (Coord.) **Introdução a Psico-oncologia**. (p.95-118). Campinas, SP:Psy.