

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ-UESPI
CAMPUS POETA TORQUATO NETO

REFLEXÕES SOCIOLOGICAS SOBRE AS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CURA
DO CÂNCER DE MAMA PELAS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SANTA MARIA DA CODIPI

TERESINA-PI

2019

BRUNO LEONARDO PIRES SILVA DE SANTANA

**REFLEXÕES SOCIOLOGICAS SOBRE AS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CURA
DO CÂNCER DE MAMA PELAS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SANTA MARIA DA CODIPI**

Trabalho apresentado para Universidade Estadual
do Piauí – UESPI, como requisito para conclusão
do curso.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Glauber Alves
Oliveira.

TERESINA-PI

2019

**REFLEXÕES SOCIOLOGICAS SOBRE AS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CURA
DO CÂNCER DE MAMA PELAS PACIENTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
SANTA MARIA DA CODIPI.**

Autor: Bruno Leonardo Pires Silva de Santana
Orientador: Prof. Dr. Antônio Glauber Alves
Oliveira

Aprovado em 03 de Outubro de 2019

MEMBROS DA BANCA

Prof. Dr. Antônio Glauber Alves Oliveira
Universidade Estadual Do Piauí - UESPI
Orientador

Prof. Me. Marcelo Reges Pereira
Universidade Estadual Do Piauí - UESPI
Examinador

Profa. Me. Márcia Adriana Lima de Oliveira
Universidade Estadual Do Piauí - UESPI
Examinadora

Agradeço a Deus, e minha família, pelo apoio e carinho diário, por acreditarem no meu esforço, compreender a minha ausência, e me ajudar na realização desse projeto, um aprendizado para a vida.

RESUMO

A presente investigação teve como meta analisar sociologicamente as práticas na prevenção e tratamentos do câncer de mama pelas pacientes da Unidade Básica de Saúde Santa Maria da Codipi, moradoras do bairro. Como as pacientes mulheres, que nunca tiveram, que tem ou já tiveram o câncer de mama e que usam o Sistema Único de Saúde (SUS) através desse Posto de Saúde, percebem os tratamentos científicos, não científicos, relação doença - religiosidade e qual a ideia que as mesmas têm sobre a representação da doença. Acreditamos que a interpretação do olhar que as pacientes com a patologia têm sobre a mesma, possa ajudar os profissionais da medicina científica a desenvolver um melhor trabalho em busca da prevenção e da cura. O estudo tem como bases principais teóricos – metodológicas: PEREIRA e DONNANGELO (1979), MINAYO (2006). Esta investigação é uma pesquisa qualitativa onde foram entrevistadas 17 mulheres pacientes da Unidade Básica de Saúde Santa Maria da Codipi, moradoras do bairro. Nas considerações finais ressalta-se que a estrutura científica sobre o tratamento do câncer para as pacientes entrevistadas se tornou a maior, superando a ideia religiosa e métodos não científicos, porem existe um índice muito alto das práticas de prevenção e cura efetuadas pelas pacientes, associadas a questão alternativa da fé, havendo mudanças na relação com os tratamentos científicos.

Palavras-chave: câncer de mama, práticas de cura, saúde.

ABSTRACT

The present research aims to analyze sociologically the practices in the prevention of breast cancer in the Basic Health Unit Santa Maria da Codipi and neighborhood. As the female patients, residents of the neighborhood, never had who have or who had breast cancer and who use the Unified Health System (SUS) through the Basic Health Unit, perceive the scientific and alternative treatments, and the idea that the same have on the representation of the disease. The objective of this study is to analyze the vision of the UBS patients, residents of the neighborhood, about the practices of cure and prevention of breast cancer in the Basic Health Unit Santa Maria da Codipi and region. We believe that the interpretation of the view that the patients with the pathology has about it can help these professionals to better develop the scientific work in search of prevention and cure. The main theoretical and methodological bases are: PEREIRA and DONNANGELO (1979), and MINAYO (2006). This research is a qualitative research where 17 women patients from the Basic Health Unit Santa Maria da Codipi, residents of the neighborhood, who did not have, who had or who have breast cancer were interviewed. In the final considerations, it is emphasized that the scientific structure on the treatment of cancer for the patients interviewed has become larger, overcoming the spiritual idea of cure and alternative methods. But there is a very high index of the prevention and healing practices performed by the patients allied to the alternative issue of faith, with changes in the relationship with scientific treatment.

Keywords: breast cancer, healing practices, health

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
1. METODOLOGIA	11
2. O CÂNCER DE MAMA, AS FORMAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO, CIENTÍFICOS, NÃO CIENTÍFICOS E RELAÇÃO COM RELIGIOSIDADE.....	14
2.1 As formas de prevenção e tratamentos científicos.....	14
2.2 O câncer de mama e as formas de prevenção e tratamentos não científicos e sua relação com a religiosidade.....	20
3. A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CÂNCER DE MAMA, E UMA INTERPRETAÇÃO SOBRE O CONCEITO DE MÉTODO TERAPÊUTICO.....	24
3.1 A representação social do câncer de mama.....	24
3.2 Uma interpretação sobre o conceito de método terapêutico do câncer de mama.....	31
4. O SENTIDO DO CÂNCER DE MAMA, PREVENÇÃO, TRATAMENTOS CIENTÍFICOS, NÃO CIENTÍFICOS E RELAÇÃO DA DOENÇA COM RELIGIOSIDADE PELAS PACIENTES DA UBS CODIPI.....	35
CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICE.....	51

INTRODUÇÃO

Definimos como objeto deste estudo a visão que as pacientes da Unidade Básica de Saúde Santa Maria da Codipi, tem sobre o câncer de mama, e quais os significados elas atribuem a prevenção, tratamentos científicos, não científicos e relação com religiosidade, utilizadas na tentativa de controle e combate a enfermidade.

Inicialmente observamos que o câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células da mama. Esse processo gera células anormais que se espalham, formando um tumor. Também é o mais incidente em mulheres, é a quinta causa de morte por câncer em geral (626.679 óbitos no mundo, em 2018) e a causa mais frequente de morte entre as pessoas do sexo feminino, de acordo com o Instituto Nacional de Combate ao Câncer (INCA, 2018). Dessa forma, no Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o que mais acomete mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição (INCA, 2018). Para o ano de 2019 foram estimados 59.700 casos novos, o que representa uma taxa de incidência de 56,33 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2018).

Conforme os dados acima apresentados, pode-se deduzir que a doença é, provavelmente, uma das mais temidas entre as mulheres, devido à sua alta frequência, além dos seus efeitos sociais e psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal (INCA, 2018). Tais efeitos são: ansiedade, depressão e raiva; mudanças no padrão de vida, relacionadas ao casamento, vida sexual e atividades no trabalho, e, ainda, medos e preocupações concernentes à mastectomia, que é o procedimento cirúrgico de retirada da mama doente (MEYEROWITZ, 1980), além do fator principal que é o “medo da morte”, a final o câncer ainda é uma doença sem cura por não se saber claramente suas causas. A etapa de mastectomia, pode acarretar em diversos agravos na vida da mulher diagnosticada com câncer de mama, consequentemente influenciará sua qualidade de vida, ressaltando as dificuldades associadas principalmente a questão sexual, o que leva “a questão subjetiva da autoimagem com o corpo associada a questão da autoestima (HUGUET; MORAIS; OSIS; PINTO-NETO; GURGEL, 2009).

Esses efeitos, por sua vez, são influenciados também por significados construídos socialmente sobre os diferentes aspectos envolvidos no processo de adoecimento por essa patologia (BRASIL, 2017). Em outras palavras a doença não é apenas uma experiência individual, mas também é um fenômeno coletivo sujeito às forças ideológicas da sociedade.

Segundo Loyola (1984) fica bastante evidente que a definição da origem da doença - se doença do corpo ou da alma - orienta a escolha da terapêutica adequada - por exemplo, se é doença de médico ou não.

Dessa forma busca-se aqui os seguintes objetivos específicos: Identificar a ideia e o conhecimento das pacientes da Unidade Básica de Saúde (UBS) moradoras da Santa Maria da Codipi sobre o câncer de mama; conhecer os elementos que possibilitam ou não a adesão a formas de prevenção e tratamentos do câncer de mama; Identificar como essas pacientes se relacionam com os métodos científicos, os considerados não científicos de prevenção e se estabelecem alguma relação religiosa durante a prevenção e tratamento.

Este estudo pode contribuir para qualificar a interpretação sociológica sobre os pacientes com a doença, subsidiando os profissionais principalmente da área da saúde e das ciências sociais acerca do tema em questão, além de também considerar que, revela junto as pacientes, a percepção sobre a doença e assim contribui para o processo de sua “desmitificação”.

O nosso envolvimento com esse trabalho se deu devido ao objetivo de auxiliar sociologicamente na incorporação de um processo mais humano ao trabalho dos profissionais da saúde, ao trabalharmos como auxiliar de administração na própria Unidade Básica de Saúde da Codipi¹, observarmos a rotina, e como são as relações sociais entre esses profissionais e as pacientes que buscam a prevenção e tratamento da doença. Acreditamos que a interpretação do olhar que as pacientes da UBS, moradoras do bairro tem sobre essa patologia, possa auxiliar a se desenvolver um melhor trabalho científico em busca da prevenção e da cura, muitas vezes até interagindo com métodos não científicos, compreendendo ao máximo as crenças populares, que para as pessoas doentes podem ser relacionadas com os tratamentos.

Trata-se de uma pesquisa de campo, que foi desenvolvida com pacientes com idade entre 35 a 60 anos, de classe média, que fazem a prevenção da doença na unidade de saúde, portadoras ou não da enfermidade. Foram escolhidas pacientes com ou sem filhos, de várias religiões, do ensino fundamental ao ensino médio incompleto. As entrevistadas possuem atividade remunerada, tendo funções diversas, como auxiliar de administração, auxiliar de enfermagem, diarista, costureira, telefonista, professora e zeladora.

A análise e interpretação dos dados desta pesquisa se deram em conforme às orientações

¹ **Como Assistente administrativo** na Unidade Básica Santa Maria da Codipi, desenvolvemos um trabalho na marcação de consultas no setor informatizado da UBS, tendo contato com os mais variados tipos de pacientes do bairro e também com os profissionais da área de saúde como: enfermeiros, médicos e odontólogos. Compreendemos que isso pode nos ajudar na compreensão do olhar das mulheres em relação ao câncer de mama, por observar de muito próximo a relação médico-paciente-doença.

metodológicas indicadas por Minayo (2006), que propõe primeiramente a ordenação dos dados, onde foram realizadas as transcrições das entrevistas, as releituras do material, bem como a organização dos relatos. Foi realizada em seguida uma organização das informações colhidas, onde foram analisados os resultados dos dados obtidos através do roteiro de entrevista respondido pelas pacientes, em uma segunda etapa foram verificados se não havia registros incompletos, imprecisos ou irrelevantes, como campos em branco, registros duplicados, entre outros. Por fim foi realizada a análise final dos dados, momento em que foram articuladas as informações colhidas, com o referencial teórico, Minayo (2006), Pereira e Donnangelo (1979), entre outros. Foram observadas e adotadas entre todos os resultados obtidos, as questões fundamentais para obtenção às respostas das perguntas iniciais dos objetivos dessa pesquisa. Foram feitas demonstrações de propriedades comuns a certo número de casos, que se foram obtidos através das entrevistas, a todas as ocorrências de fatos similares que se verificam graus de confirmação, foram colocadas em evidencia para uma tentativa de dedução posterior.

O trabalho foi dividido em 4 capítulos, o primeiro trata da Metodologia, onde foi abordado as características do método utilizado na pesquisa, no caso a pesquisa de campo qualitativa desenvolvida com entrevistas abertas semiestruturadas.

O segundo capítulo trata de uma síntese entre as formas de prevenção e tratamento científicas, não científicas e relação doença- religiosidade, fazendo uma correlação entre as mesmas.

O terceiro capítulo trata de demonstrar o conceito de representação social, que são conhecimentos práticos que se desenvolvem nas relações do senso comum, e são formadas pelo conjunto de ideias da vida cotidiana, construídas nas relações estabelecidas entre sujeitos ou através das interações grupais, e determinam a ideia do câncer de mama, um pouco de seu processo histórico e o quanto de sua influência na escolha dos métodos terapêuticos, posteriormente o capítulo trata da interpretação desse conceito de método terapêutico, como o mesmo está relacionado com as formas de prevenção e tratamento e as implicações subjetivas e objetivas que levam as pacientes em busca ou não da cura.

O quarto capítulo trata de fazer uma relação com o referencial teórico aqui em questão demonstrando a fala das pacientes da Unidade Básica Santa Maria da Codipi que moram no bairro. Esse item coloca qual a visão essas pacientes revelam sobre a doença, como é o processo de escolha e significado dos métodos terapêuticos e de prevenção e cura da doença para elas.

1. METODOLOGIA

O presente trabalho foi uma pesquisa de campo, onde segundo Minayo (2006), é aquela em que é necessário que exista uma interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. Segundo Minayo (2006) o campo, na pesquisa qualitativa, é “[...] o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação”. Dessa forma tal trabalho também foi realizado a partir de referenciais teóricos e também aspectos operacionais importantes (MINAYO, 2006, p. 201).

Assim sendo quando se trata de entender as concepções de saúde e doença de um determinado grupo social, o trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa, que não poderia ser pensada sem ele, devido a aproximação que ele permite entre o entrevistador e os entrevistados (MINAYO, 2006, p. 201). O trabalho também levou a evidenciar que o campo da pesquisa social não é transparente e tanto o pesquisador como os seus interlocutores interferem dinamicamente no campo da realidade, ou seja a visão que as pacientes tem sobre a doença e também o pesquisador estão relacionadas de forma direta e indireta no objeto do trabalho (Minayo, 2006, p. 203).

A Pesquisa foi feita com preocupações científicas do pesquisador em encontrar respostas para as atribuições e significados que as pacientes aplicam as práticas de prevenção e cura da doença, onde foram selecionadas aquelas falas mais importantes que foram obtidas através das entrevistas, em seguida coletadas evidencias e compreendidas (MINAYO, 2006, p. 57).

A técnica desenvolvida para a coleta de dados foi a entrevista aberta semiestruturada, (ROTEIRO - em apêndice), que é a utilização de roteiro previamente elaborado.

Para essa modalidade de abordagem, o roteiro deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. Os tópicos devem funcionar apenas como lembretes, devendo na medida do possível, ser memorizados pelo investigador quando está em campo. Servindo de orientação e guia para o andamento da interlocução, o roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas e a absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura relevância [...] (MINAYO, 2006, p. 191).

O espaço onde foram realizadas as entrevistas foi o bairro Santa Maria da Codipi, mais precisamente na Unidade Básica de Saúde da região e na própria residência das pacientes. Nosso objetivo nesse trabalho foi analisar roteiros, sujeitos e suas respectivas respostas que

tivessem importância em relação ao tema, bem como analisar e fazer uma correlação correta com os objetivos pretendidos pela pesquisa. Para TRIVIÑOS (1987) a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa (TRIVIÑOS 1987, p.146). Os questionamentos aqui geraram novas hipóteses construídas a partir das respostas dos informantes, como por exemplo: As pacientes da UBS Codipi, ao relacionar ciência médica, tratamentos científicos e religiosidade do câncer de mama, estariam fazendo a prevenção e o tratamentos científicos de forma adequada? As pacientes estão dando mais importância a religião do que a ciência? Os métodos não científicos teriam tanta importância quanto os não científicos? O objetivo principal foi colocado pelo investigador-entrevistador desta pesquisa, nessa ordem TRIVIÑOS (1987) afirma sobre a entrevista semiestruturada: “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

A pesquisa foi desenvolvida através de uma abordagem qualitativa, que é aquela em que segundo MINAYO (2006): “Se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2006, p. 57).

A escolha da amostra foi dada pela observação, foram entrevistadas 17 pacientes da Unidade Básica de Saúde Santa Maria da Codipi, moradoras do bairro de Teresina-PI, escolhidas aquelas que fazem a prevenção da doença, entre elas, as que nunca tiveram, as que tem a doença e aquelas que já tiveram a patologia. A definição da quantidade e modo de escolha da amostra qualitativa se deu de acordo com os conceitos estabelecidos por MINAYO (2006): investir em instrumentos que permitam compreensão das diferenciações internas e de homogeneidades; privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; definir claramente o grupo social recai muito bem sobre a pergunta central da pesquisa, em outras palavras deve-se perceber como as ações das pacientes influenciam nos acontecimentos. Definindo claramente essas pacientes e através de suas entrevistas existirá uma tentativa de resposta ao problema central desta pesquisa (MINAYO, 2006, p. 197).

O trabalho de análise dos dados foi feito com base em interpretação dos mesmos, fazendo uma correlação com o processo de sistematização do referencial teórico. Buscou-se

entender os significados que são atribuídos as práticas de prevenção e cura do câncer de mama, assim como a ideia sobre a doença, entendidos pelas pacientes da UBS. Utilizou-se um raciocínio indutivo, onde a generalização deriva de observações de casos da realidade concreta, em outras palavras, as constatações particulares levam à elaboração de generalizações (GIL, 2008, p. 10). Para a realização do trabalho, foram necessárias a realização de minuciosas leituras utilizando os resultados obtidos através das entrevistas e fazendo uma correlação com as referências bibliográficas utilizadas, com o objetivo de sistematizar e compreender ao máximo as visões das pacientes sobre o problema.

As maiores dificuldades na realização desta pesquisa foram conciliar o tempo entre o próprio trabalho na UBS e a atividade de entrevistar as pacientes, como também o fato de ser homem e tratar de um tema que para as mulheres geram um certo efeito em retrair-se. Foram superadas as dificuldades após serem realizadas ações aos fins de semana, e ausentando-se do trabalho e das funções administrativas na UBS durante dias úteis para a realização das entrevistas. Procurou-se adquirir a confiança das pacientes com uma linguagem menos coloquial e densa, aproximando-se do imaginário popular para uma tentativa de melhor captação dos dados.

É importante ressaltar que as pessoas entrevistadas para elaboração deste projeto assinaram o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (Exposto em apêndice), para sua própria segurança em fornecer dados para a pesquisa.

2. O CÂNCER DE MAMA, AS FORMAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO, CIENTÍFICOS, NÃO CIENTÍFICOS E RELAÇÃO COM RELIGIOSIDADE.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA 2018) câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se “metástase”, que é quando a doença se espalha para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores “acúmulo de células cancerosas” ou neoplasias malignas. O câncer apresenta-se como uma das principais causas de morbidade e mortalidade na população mundial, e, entre as mulheres, destaca-se o câncer de mama pela sua incidência e prevalência (MATOS JC, 2011).

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais de câncer de mama são: edema cutâneo (na pele), semelhante à casca de laranja, dor, inversão do mamilo, descamação do mamilo, secreção; especialmente quando é unilateral e espontânea (INCA, 2018).

Dessa forma para Redon (2008), a ciência tende a uma universalização das relações de prevenção e tratamentos do câncer de mama, e afirma as causas da doença somente através do discurso orgânico ou fisiológico.

A detecção do câncer de mama pela ciência funciona da seguinte forma: Comunidade - Atenção básica - Média complexidade - Alta complexidade. Na atenção básica são pedidos exames para se fazer a controle preventivo da doença. Já as linhas de cuidado integral e tratamento, são realizadas nos hospitais de média e alta complexidade (INCA, 2018).

2.1 As formas de prevenção e tratamentos científicos

Desse modo o meio científico é quem trata da prevenção, incidência e índices de mortalidade no Brasil. As ações de controle são as iniciativas feitas para buscar a prevenção da doença. Nesse caso nas Unidades Básicas de Saúde, (UBS), (atenção primária), é onde são realizados os pedidos de detecção precoce e do rastreamento da doença.

As UBS, atuam como identificadoras na atenção primaria de prevenção da doença (INCA, 2018). Em Teresina, a Fundação Municipal de Saúde (FMS), responsável pela administração de todas as Unidades Básicas de Saúde, órgão pertencente a prefeitura do município, tem o compromisso com a implementação de ações que contribuam para a garantia

dos direitos humanos das mulheres e reduzam a mortalidade por causas preveníveis e evitáveis do câncer de mama. O município de Teresina adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de atenção básica com a cobertura de 100% da população. Atualmente possui uma rede de Atenção Básica composta por 92 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que atendem demandas agendadas, espontâneas, e que desenvolvem programas de prevenção da doença, destas apenas 15 unidades são rurais. São 264 equipes de saúde da família (e-SF), das quais 36 com adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ)², 241 equipes de saúde bucal, três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)³, seis Centros de Atenção Psicossocial, sob a gestão da Fundação Municipal de Saúde. Desse modo durante a prevenção do câncer de mama nessas unidades de saúde, pacientes fazem uma consulta com o médico especialista clínico geral, onde é dada uma requisição de mamografia para marcação do exame em setor de consultas online da UBS, posteriormente as mesmas são encaminhadas com data e hora marcada para realização do mesmo em hospital de média complexidade ou clínica da iniciativa privada vinculada com a prefeitura (FMS, 2019).

Em 2018 na cidade foi lançado o Projeto Mama Cajuína que objetivou garantir que todas as mulheres de Teresina, na faixa etária de 40 a 69 anos, tivessem a oportunidade de realizar a mamografia, que é o exame inicial para a prevenção do câncer de mama, logo após, também foram realizadas as condutas em cima do resultado dos exames no prazo estabelecido em lei. Tais condutas são: as pacientes que têm seus exames normais o recebem de volta, e aquelas que tiveram alteração na mama são examinadas por mastologistas da Fundação Maria Carvalho Santos, e encaminhadas à biópsia, que é um exame mais detalhado, onde se tira um pequeno pedaço da mama para fazer análises. Esse é o único procedimento capaz de confirmar um diagnóstico definitivo de câncer. Após a realização da biópsia, essas mulheres são encaminhadas para um centro tratador, como o Hospital Universitário (FMS, 2019). Vale ressaltar que a Fundação Maria Carvalho Santos é interligada a Federação Brasileira de

² **O PMAQ**- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, a partir do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem a melhoria no padrão de qualidade no atendimento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019) Disponível em <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-da-atencao-basica-pmaq>>

³ **NASF**- Núcleo de Apoio à Saúde da Família, são formados por equipes multiprofissionais que devem atuar no contexto da Atenção Primária à Saúde e visam contribuir com o aumento da resolutividade da Estratégia Saúde da Família (ESF), que devem atuar de forma integrada à rede de serviços. Disponível em <<http://www.fms.teresina.pi.gov.br/noticia/557/equipes-do-nasf-comecam-a-atender-na-capital>>

Instituições Filantrópicas - A FEMAMA, de Apoio à Saúde da Mama, associação civil, sem fins econômicos, que busca ampliar o acesso ágil e adequado ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama para todas as pacientes e, com isso, reduzir os índices de mortalidade pela doença no Brasil, está presente na maioria dos estados brasileiros por meio de ONGs associadas, atuando na articulação de uma agenda nacional única para influenciar a criação de políticas públicas de atenção à saúde da mama (FMS, 2019).

Através de informações encontradas no site da Fundação Municipal de Saúde, de acordo com Ayla Calixto, da Gerência de Ações Estratégicas da FMS, das 5.302 mamografias feitas no programa, 4.889 foram avaliadas pela Fundação Maria Carvalho Santos. “Destas, 152 foram detectadas alteração e 26 foram encaminhadas para a realização de biópsias”, informa ela. Dados do Gestor Saúde, sistema de marcação online de consultas do município, informam ainda que cinco pacientes foram encaminhadas para a consulta oncológica. Todo o encaminhamento é feito pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. “As Equipes de Saúde da Família realizam o primeiro atendimento às mulheres e são elas também que fizeram os encaminhamentos necessários para a realização dos primeiros exames” (FMS, 2019)

Na atenção primária, onde é feita a prevenção da doença também são feitos alerta para os principais fatores de risco de contrair o câncer de mama (FMS, 2019), que são:

- Ser mulher.
- Ser mais velha.
- Ter parentes de primeiro grau que tiveram câncer de mama.
- Histórico menstrual da mulher.
- Histórico de gravidez da mulher.
- Não ter tido filhos.
- Primeira gravidez após os 30 anos;
- Parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos;
- Ter uma mutação genética associada à síndrome do câncer hereditário (como mutação BRCA).
- Sedentarismo e inatividade física;
- Obesidade e sobrepeso após a menopausa;
- Consumo de bebida alcoólica
- Exposição frequente a radiações ionizantes (Raios-X).

(INCA, 2018; ONCOGUIA, 2019)

De acordo com o INCA, (2018), após as formas de prevenção, ao tratar sobre os tratamentos do câncer de mama é importante destacar que inúmeros avanços na abordagem da doença aconteceram nos últimos anos, principalmente no que diz respeito a cirurgias menos mutilantes, assim como a busca da individualização do tratamento, que é uma abordagem focada nas peculiaridades da paciente. Dessa forma ao diagnosticar uma pessoa doente é muito importante em seguida verificar o estadiamento da doença (INCA, 2018). O tratamento do câncer de mama, dado pela ciência, conforme prevê a Política Nacional de prevenção e controle da doença, deve ser feito por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), que fazem parte de hospitais de nível terciário⁴ Este nível de atenção deve estar capacitado para realizar o diagnóstico diferencial e definitivo do câncer determinar sua extensão (estadiamento), tratar (cirurgia, radioterapia, oncologia clínica e cuidados paliativos), acompanhar e assegurar a qualidade da assistência oncológica.

Em Teresina-Pi temos como média e alta complexidade o: Hospital São Marcos⁵/Sociedade Piauiense Combate ao Câncer (Cacon com serviço de Oncologia Pediátrica), Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (Unacon)

Desse modo o tratamento dado pela ciência médica nos centros de média de alta complexidade, varia de acordo com esse processo de estadiamento, suas características biológicas e bem como das condições da paciente (idade, status menopausal, comorbidades e preferências).

O prognóstico do câncer de mama depende dessa extensão da doença (estadiamento), assim como das características do tumor. Quando a doença é diagnosticada no início, (no caso na atenção básica) o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases que é processo pelo qual as células cancerígenas se espalham para outras partes do corpo (doença a distância), o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida. (INCA, 2018)

As modalidades de tratamento do câncer de mama podem ser divididas em:

⁴ **NO NÍVEL TERCIÁRIO** estão os hospitais de grande porte, que atendem alta complexidade. O objetivo é garantir que procedimentos para a manutenção dos sinais vitais sejam realizados, dando suporte para a preservação da vida sempre que preciso. Nesse nível existem tecnologias médicas e profissionais capazes de atender a situações que, no nível secundário, não puderam ser tratadas por serem casos mais raros ou complexos. Disponível em <<http://www.mv.com.br/pt/blog/gestao-da-saude-publica--6-estrategias-para-os-3-niveis-de-atencao-do-sus>>

⁵ **O HOSPITAL SÃO MARCOS** é um centro de referência em alta complexidade na saúde, com ênfase em oncologia, ensino e pesquisa, humanização e responsabilidade sócio ambiental. (SAO MARCOS, 2019), disponível em <www.saomarcos.org.br>

- Tratamento local: cirurgia e radioterapia (além de reconstrução mamária)
- Tratamento sistêmico: quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (INCA, 2018).

Dessa forma de acordo com o INCA, (2018), o estadiamento da doença, é o processo para determinar a gravidade do câncer presente no corpo da paciente, em outras palavras estadiar um caso de câncer significa avaliar o grau de disseminação, sua localização, o tipo de tumor, sua relação com o hospedeiro, e se está afetando as funções de outros órgãos do corpo. Conhecer o estágio do tumor ajuda na definição do tipo de tratamento e a prever o prognóstico da paciente, para a devida realização dos tratamentos.

Estádios I e II

Nestes estádios a conduta habitual consiste de CIRURGIA, que pode ser conservadora, com retirada apenas do tumor, ou mastectomia que é a retirada completa da mama e reconstrução mamária. A avaliação dos linfonodos axilares tem função predominantemente prognóstica após a cirurgia, o tratamento complementar com RADIOTERAPIA que é um tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes (raio X, por exemplo) para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem, deve ser indicado em algumas situações. Já a reconstrução mamária deve ser sempre considerada nos casos de mastectomia (INCA, 2018).

O tratamento sistêmico será determinado de acordo com o risco de recorrência (idade da paciente, comprometimento linfático nodal, tamanho tumoral, grau de diferenciação), assim como das características tumorais que ditarão a terapia mais apropriada (INCA, 2018). Fazem parte do tratamento sistêmico: QUIMIOTERAPIA - é um tratamento que utiliza medicamentos para destruir as células doentes que formam um tumor. Estes medicamentos se misturam com o sangue e são levados a todas as partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo, também, que elas se espalhem pelo corpo; HORMONIOTERAPIA – tratamento que atinge células cancerosas em qualquer parte do corpo e não apenas na mama. Estes receptores são o receptor de estrogênio (RE) e de progesterona (RP), e sua presença qualitativa e quantitativa é determinada pela avaliação do tumor através da técnica denominada imuno-histoquímica⁶; TERAPIA BIOLÓGICA – consiste na utilização do próprio sistema de defesa do corpo na tentativa de combater o “organismo hospedeiro”, que nesse caso é a doença. (INCA, 2018)

⁶ **Imuno-histoquímica** - (IHQ) é o método de identificação de antígenos nos tecidos, utilizando o princípio da ligação específica de anticorpos e antígenos. ONCOGUIA (2019)

Estádio III

As pacientes com tumores maiores, porém ainda localizados, enquadram-se no estágio III. Nessa situação, o tratamento sistêmico (na maioria das vezes, com quimioterapia) é a modalidade terapêutica inicial. Após resposta adequada, segue-se com o tratamento local (cirurgia e radioterapia) (INCA, 2018).

Estádio IV

Nesse estágio, é fundamental que a decisão terapêutica busque o equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida, devido a doença já ter se espalhado por diversas partes do corpo e ainda o fato de ter que levar-se em consideração os potenciais efeitos colaterais decorrentes do tratamento. A modalidade principal nesse estágio é sistêmica, sendo o tratamento local reservado para indicações restritas (INCA, 2018).

Possíveis Efeitos Colaterais dos tratamentos.

Os medicamentos quimioterápicos podem provocar efeitos colaterais. Estes efeitos dependem do tipo e da dose dos medicamentos administrados e do tempo de tratamento. Estes efeitos colaterais podem incluir:

- Perda de cabelo.
- Alterações nas unhas.
- Feridas na boca.
- Perda ou aumento do apetite.
- Náuseas e vômitos.
- Diarreia.
- Infecção, devido a diminuição dos glóbulos brancos.
- Hematomas ou hemorragias, devido a diminuição das plaquetas.
- Fadiga, devido a diminuição dos glóbulos vermelhos. (INCA, 2018; ONCOGUIA, 2019)

Dessa forma, contemporaneamente o câncer de mama é prevenido na atenção básica e tratado nos hospitais de média de alta e complexidade, ou seja, de modo hegemônico pela medicina científica. Desse modo relacionando à prevenção e o tratamento doença com a sociologia da saúde, Pereira e Donnangelo, (1979), afirmam que:

No que se designa aqui por extensão da prática médica há que destacar pelo menos dois sentidos que devem merecer atenção: em primeiro lugar, a ampliação quantitativa dos serviços e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico e, como segundo aspecto, a extensão do campo da normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para se obtê-la, (PEREIRA e DONNANGELO, 1979, p. 33).

Em outras palavras, a medicina científica se tornou a forma dominante de realização das práticas de prevenção e cura do câncer de mama, e até mesmo na caracterização principal de sua representação na atualidade, nessa ordem as instituições responsáveis pela organização do controle e combate da doença detêm um olhar unicamente clínico, ou seja, incorporado ao “cuidado médico”, trata-se por essa ordem de um olhar objetivo, ou seja um olhar que não está voltado para o entendimento das relações das pessoas com os processos científicos e religiosos em relação a doença e a cura. (PEREIRA e DONNANGELO, 1979).

2.2 O câncer de mama e as formas de prevenção e tratamentos não científicos e sua relação com a religiosidade.

Dessa forma, devido a hegemonia da ciência médica, ao abordar-se sobre os métodos de prevenção e tratamentos não científicos e relação com religiosidade, do câncer de mama, observa-se que o Instituto Nacional de Combate ao Câncer (INCA), não fala nada sobre essas formas, tão pouco observa a influência religiosa, em relação a doença, em outras palavras, são muito poucos as formas não científicas, relações com a religiosidade, ou qualquer outra forma de espiritualidade, relacionadas a patologia, que tenham algum tipo de reconhecimento ou força na sociedade, devido esse poder da ciência médica, e a mesma ser oposta há essas outras formas ou práticas em relação ao câncer de mama, na medida em que não são possíveis de comprovar por meio do método científico, ou seja, aquilo que a ciência não comprova não tem validade (PEREIRA e DONNANGELO, 1979, p. 32). No Brasil, o instituto ONCOGUIA, que é uma ONG e portal informativo e interativo voltado para a qualidade de vida do paciente com câncer, seus familiares e público em geral, é quem aborda sobre essas formas de prevenção e tratamentos, que são os chás, o uso de artifícios de cura, como por exemplo pedras e adereços, seitas, rituais religiosos, misticismos, entre outros (ONCOGUIA, 2019). Dessa forma o instituto afirma sobre os métodos não científicos de prevenção e cura do câncer de mama, que ele vem a mencionar como “complementares e alternativos”, o seguinte:

Considerando métodos complementares e alternativos. Estes métodos podem incluir vitaminas, ervas e dietas especiais, ou outros métodos, como acupuntura, massagem, processos místicos e religiosos. Os métodos complementares se referem a tratamentos usados junto com seu atendimento médico regular. E os tratamentos alternativos são usados em vez do tratamento médico. Embora alguns destes métodos possam ser úteis para aliviar os sintomas ou ajudar você a se sentir melhor, muitos não foram comprovados cientificamente e não são recomendados. Converse com seu médico antes de iniciar qualquer terapia alternativa (ONCOGUIA, 2019, p. 25).

Também de acordo com o instituto Oncoguia (2019), a maioria das mulheres com câncer de mama fará algum tipo de cirurgia para retirar o tumor. Dependendo do tipo de câncer de mama e do estadiamento da doença, também precisará de “outras formas” de tratamento (ONCOGUIA, 2019). Porém muitas vezes os tratamentos da ciência e até a cirurgia não respondem como esperado, então dessa forma as pessoas por muitas vezes vão em busca dessas outras formas de tratamento. Segundo o instituto ONCOGUIA (2019):

Para algumas pessoas, quando os tratamentos não estão mais controlando o câncer, pode ser hora de pesar os benefícios e riscos de continuar a tentar novos tratamentos. Se você continuar (ou não) o tratamento, ainda há coisas que você pode fazer para ajudar a manter ou melhorar a sua qualidade de vida. Algumas pessoas, especialmente se a doença está avançada, podem não querer receber mais tratamentos. Existem muitas razões pelas quais você pode decidir querer interromper o tratamento, mas é importante conversar com seus médicos antes de tomar essa decisão. Lembre-se de que mesmo se você optar por não tratar o câncer, você ainda pode receber cuidados de suporte para ajudar com a dor ou outros sintomas (ONCOGUIA, 2019, p 25).

Em outras palavras, o instituto Oncoguia (2019) caracteriza como principal forma de tentativa de controle do câncer de mama, os métodos científicos de prevenção e cura, porém já afirma a possibilidade, em casos mais graves, quando os tratamentos da ciência não estiverem mais surtindo efeito, o paciente acometido com a patologia, pode procurar outras formas de tratamentos, ou seja, há aí um entendimento um pouco mais subjetivo.

Dessa forma pela complexidade e dificuldade de controle e combate ao câncer de mama a ciência também está envolvida na descoberta de substâncias provenientes de plantas, como por exemplos: a fito química, que trabalha no isolamento, purificação e caracterização de princípios ativos; a etnobotânica que é o estudo da relação existente entre o Homem e as Plantas e o modo como essas são usadas como recursos; a etnofarmacologia que trata do conhecimento popular relacionado a sistemas tradicionais de medicina (BERLIN, 1992); e a farmacologia, que estuda os efeitos farmacológicos de extratos e dos constituintes químicos isolados (PIANOWSKI, 2003; ALBUQUERQUE; HANAZAKI, 2006; COSTA, 2011). Desse modo os fitoterápicos constituem uma modalidade de terapia complementar ou alternativa diante das necessidades de saúde.

O uso de plantas da família Euphorbiaceae que tem mais de 6000 espécies, como por exemplo o popular avelós, também conhecido como “cachorro pelado”, bem como o uso de plantas, principalmente, do gênero Euphorbia, que tem mais de 2000 espécies, como por exemplo a tradicional planta de folhagem vermelha usada em épocas Natalinas, conhecida popularmente como “Bico de Papagaio”, tem sido popularmente difundidos para o tratamento

de uma variedade de doenças de natureza infecciosa, tumoral e inflamatória (MARLIÉRE, et al. 2008; AVELAR, 2010). Portanto até para ser considerado um medicamento complementar válido, que possa ser utilizado para o tratamento e prevenção do câncer de mama, precisa atender os padrões científicos (PEREIRA e DONNANGELO, 1979).

Na prevenção e tratamentos religiosos, ou apenas na relação da religião com pacientes, doença e métodos de prevenção e tratamentos, essa possui efeitos indiretos, ou seja, são as formas mais comum de influência. Ela se refere às competências apreendidas e aos laços sociais e organizacionais (VERONA, 2011). A religião e a espiritualidade se ligam ao sofrimento, sentimentos, culpas e até mesmo a expectativa de punição ou não divina, em outras palavras, o que o desvio e a violação das normas podem gerar nos indivíduos. O fato de se agir para não cumprir essas normas podem contrariar os desígnios do poder divino, isso poderá de certa forma funcionar como um método de prevenção e cura para a doença, devido as pessoas serem moldadas pela influência e poder que a religião detém sobre os indivíduos, pesando diretamente nas suas ações e forma de ver o mundo (VERONA, 2011).

De acordo com Almeida e Stroppa (2009), nessas formas de agir, existe uma forte associação entre espiritualidade e enfrentamento de situações de crise. Nesse sentido, pode-se dizer que as pacientes em questão fazem uso do Religioso/Espiritual, estratégia de enfrentamento relacionada ao modo como as pessoas utilizam sua religiosidade para lidar com situações de estresse e de dificuldades na vida (ALMEIDA & STROPPIA, 2009; PANZINI & BANDEIRA, 2007; PANZINI et al., 2007).

Desse modo as redes religiosas se mostram muito importantes e influentes sobre as atitudes das pacientes em busca de saúde, que Ellison e Jeffrey (1998) demonstram que “pelo menos parte da relação observada entre envolvimento religioso e resultados de saúde decorre do papel das comunidades religiosas na prestação de laços sociais e de apoio.” (ELLISON E JEFFREY, 1998, p. 705). Faria e Seidl (2005) mostram em seu trabalho que, “as pessoas possuem um sistema de orientação que representa uma forma de compreender e se relacionar com as situações, que em momentos de crise, o processo de enfrentamento, no caso para aquela que já está com a doença, são fortemente influenciados por esse sistema.” (FARIA & SEIDL, 2005, p. 383).

Dessa forma, a relação com a religião pode propiciar ou não um vínculo entre as pessoas, que passam a ter uma identidade de grupo, oferecendo assim, coragem e força para passar pelas adversidades e a fim de lutar pela vida e pela sobrevivência, porém as vezes isso

afasta as pessoas da ciência médica por colocar em ênfase aspectos espirituais da cura (SALIMENA; CAMPOS; MELO et.al 2012). Faria e Seidl (2005) ainda demonstram que o enfrentamento religioso / espiritual pode ser de três tipos: autodirigido, na qual o indivíduo vê como sua a responsabilidade pela solução do problema e vê a Deus como concessor de liberdade para que o indivíduo possa tomar as atitudes necessárias; delegante, que transfere toda a responsabilidade para Deus esperando que este forneça a solução dos problemas e, por último; colaborativo, que divide a responsabilidade pela solução das questões aflitivas com Deus, percebendo que ambos são participantes ativos na busca de resoluções (FARIA E SEIDL, 2005).

A estes três tipos, Panzini (2004) acrescenta outros dois: súplica, caracterizado pela tentativa do indivíduo de influenciar a vontade de Deus através de rogos e petições por sua divina intervenção; renúncia, que se refere a uma escolha ativa do indivíduo de “renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus.” (PANZINI, 2004, p. 28).

Dessa forma ressalta-se a que religiosidade, pode contribuir para a diminuição das experiências negativas provocadas pelo câncer e ajuda a diminuir o imaginário perverso sobre a doença, melhorando a qualidade de vida da paciente, ajudando-a a aumentar sua força social e psicológica, porém pode também afastar o paciente de outras formas de prevenção e tratamento, como por exemplo a ciência. (AQUINO & ZAGO, 2007; PRADA, 2006; THUNÉ-BOYLE; STYGALL; KESHTGAR et.al; 2011).

Assim sendo é importante compreender o significado da representação da doença para as pacientes, e como isso pode influenciar na relação com a religião, e na escolha de um determinado método terapêutico de prevenção e cura do câncer de mama (MINAYO, 2006).

3. A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CÂNCER DE MAMA, E UMA INTERPRETAÇÃO SOBRE O CONCEITO DE MÉTODO TERAPÊUTICO.

O presente estudo teve como referencial duas categorias: **A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CÂNCER DE MAMA, E UMA INTERPRETAÇÃO SOBRE O CONCEITO DE MÉTODO TERAPÊUTICO** da doença. Acreditamos que, ancoradas numa reflexão teórico realizada nos campos da sociologia, essas categorias demonstraram como está representado a doença, o que são e estão associados os métodos terapêuticos de prevenção e tratamentos sejam científicos ou não, e que são os caminhos subjetivos ou objetivos que projetam a busca da prevenção e da cura.

Do ponto de vista sociológico Durkheim é o autor que primeiro tratou do conceito de representações sociais. Na concepção de Durkheim (1978), é a sociedade que pensa, portanto as representações não são necessariamente conscientes do ponto de vista individual, e sim como fatos sociais coletivos, assim de um lado elas conservam sempre a marca na realidade social, onde nascem, mas também possuem vida independente e reproduzem-se tendo como causas outras representações e não apenas a estrutura social. Segundo o referido autor algumas representações exercem sobre uma sociedade específica uma peculiar coerção para que seus membros atuem em determinado sentido.

3.1 A representação social do câncer de mama.

Dessa forma ao se continuar esta reflexão é importante destacar que a presente pesquisa permitiu debater acerca da importância das representações sociais como tendo fundamental relevância para a compreensão sobre a visão das pacientes que fazem a prevenção e o tratamento do câncer de mama, em relação a doença. Nessa pesquisa, optou-se por contemplar inicialmente aspectos teóricos sistematizados por Moscovici (2002). Desse modo, a construção das representações sociais não são apenas como fatos sociais coletivos, como afirmados por Durkheim, mas são construídas nas interações dos sujeitos (MOSCOVICI, 2002). Assim sendo, pode-se considerar que “as representações sociais são conhecimentos práticos que se desenvolvem nas relações do senso comum, são formadas pelo conjunto de ideias da vida cotidiana, construídas nas relações estabelecidas entre sujeitos ou através das interações grupais”, em outras palavras, representação social é algo que vai muito além de formulações de conceitos acerca de um determinado fato, são na verdade produções de comportamentos embasados em experiências sociais, de forma individual e coletiva, ou seja, é um conjunto de

conceitos construídos diante de um fenômeno social (MOSCOVICI, 2002).

Neste sentido, compreender o significado que um determinado fenômeno tem para um grupo social é aproximar-se do conhecimento sobre a realidade na qual este grupo está inserido, ou seja, colaborar no “desvelamento da teia de significados que sustenta o cotidiano e sem a qual nenhuma sociedade pode existir” (MOSCOVICI, 2002, p. 43).

Desse modo, para Minayo (2006, p. 2019) a representação social é “uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade, ou conteúdo do próprio pensamento”. Em outras palavras, para as ciências sociais elas são definidas pela como se percebe a doença, expressam-na, perante a realidade, explicam-na, justificam-na e questionam-na, trata-se por essa forma, de explicar que a sociedade por meio de categorias de pensamento coletivo elabora e expressa os sentidos de sua própria realidade, isso determina o modo como são percebidas e realizadas as práticas de prevenção e cura pelas mulheres acometidas com o câncer de mama (MINAYO, 2006 p. 204).

Assim, a representação social tem como objetivo abstrair o sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam esse mundo de uma forma significativa. (MOSCOVICI, 2010).

A partir das concepções de Moscovici (2010), Jodelet (2001) busca formalizar um conceito para a teoria das representações sociais, e as define como uma “forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p.687).

Assim sendo, o conhecimento desse conjunto social é produto e processo de construção do homem, e como tal se transforma através do tempo. Da mesma forma que existem resistências para a aceitação de novos conhecimentos, também existem um domínio popular mais amplo. Por ser um produto histórico, a representação social varia de uma sociedade para outra, no interior das quais são forjadas ou mantidas (TURA, MOREIRA, 2005). O contexto histórico das representações sociais se define pelo fato de que elas, ao serem apresentadas como uma "modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos" (MOSCOVICI, 2004, p. 26).

Dessa forma a partir da década de 60 do século XX, emergem, com força na problemática social do câncer de mama, questões relativas ao modo como diferentes grupos sociais assumem o papel de doentes ou à percepção que os indivíduos têm dos sintomas da doença. A enfermidade adquire, portanto, um sentido próprio à medida que é interpretada.

Desse modo, a análise dos sentidos particulares, aqueles atribuídos pelas próprias pacientes, devem ser levados em conta pois representam a construção histórico-social da representação da doença (QUEIROZ, 2000).

Isso determina os sentidos que as mulheres com a doença atribuem em relação a prevenção, a cura e ao modo de enxergar a própria patologia (TAVARES, 2003). Diante de dos efeitos sociais e psicológicos como, ansiedade, depressão, raiva, mudanças no padrão de vida relacionadas ao casamento, vida sexual, atividades no trabalho, e, ainda, medos e preocupações concernentes à mastectomia, que é a retirada cirúrgica da mama doente (INCA, 2018), a mulher acometida com câncer de mama não só terá de lidar com a doença, seu tratamento e possíveis sequelas, mas também terá de se relacionar com os aspectos culturais associados à construção dessa representação.

Desse modo na percepção de Moscovici as representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e de se comunicar com a realidade social. (MOSCOVICI, 2004, p. 26). Assim, a representação social tem como objetivo abstrair o sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam esse mundo de uma forma significativa (MOSCOVICI, 2010).

Gimenes (2000) destaca que esse “sentido de mundo” e percepção sobre a doença, ou seja, significados, simbologias e interpretações acerca da mesma e das situações que lhe estão associadas interferem no processo de enfrentamento e na adaptação às diferentes fases do desenvolvimento e tratamento da doença, e também na forma de comportamento social da paciente.

Em outras palavras para entender melhor a importância dos significados, simbologias e interpretações acerca do câncer, prevenção e cura, refletidas nas ações das pacientes, logo então Minayo (2006) vem a destacar que:

Nas análises de saúde, é preciso dar atenção à cultura como produtoras de categorias de pensar, sentir, agir e expressar de determinado grupo, classe ou seguimento. Nela se articulam concessões, conflitos, subordinação resistências. Ela é o espaço da expressão da subjetividade e, também um lugar objetivo com espessura do cotidiano por onde passam e ganham cor nos processos político e econômicos, sistemas simbólicos e o imaginário social. Em relação a saúde, a cultura, vista a partir dos sujeitos individuais ou coletivos, expressa a totalidade fundamental do ser humano que se resume no perene conúbio entre corpo e mente, matéria e espírito[...] (MINAYO, 2006).

Assim sendo o significado da representação social do câncer de mama é dinâmico, e é construído nas interações dos sujeitos (MOSCOVICI, 2002), ou seja, não se pode explicá-lo

apenas por uma única forma objetiva de explanação, tal significado está nas ações das pacientes que tem a sua visão sobre a doença e vão em busca da prevenção e da cura e através disto refletem sua cultura, podendo ressignificar ou não, ao longo do tempo essa capacidade de agir. Dessa forma para Minayo (2006, p. 40): “A diferença entre os métodos das ciências sociais e das ciências científico-naturais e biológicas refere-se a natureza de cada uma das áreas”. Em outras palavras trata-se por essa ordem de dizer que a representação social do câncer de mama no mundo contemporâneo, mesmo que hegemonicamente influenciada pela ciência, deve ser verificada também em sua forma de exposição do senso comum, nesse caso pelas ciências sociais, dessa forma se observar como as pessoas determinam o modo como enxergam a patologia, ou relacionam-na com outras vertentes, conforme relatam PEREIRA e DONNANGELO, (1979):

No século XXI existe uma total hegemonia científica, em outras palavras da medicina, sobre os controles da prevenção e práticas de cura do câncer, e com isso um grande aumento alcançado nas pesquisas dos fatores genéticos, em seus tratamentos e métodos, ainda assim o câncer permanece como uma doença de causa obscura para a ciência médica (PEREIRA e DONNANGELO, 1979, 2002, p.166).

O câncer de mama permanece no século XXI, ainda como causa obscura para ciência e não é objetivo para a sociologia, porém as representações sociais são de fundamental interesse das ciências sociais, e isso se dar a partir da constatação de que um conjunto de ideias socialmente construídas geram ações e intenções, e podem ajudar a ciência médica sobre o entendimento de como a aderência à práticas de prevenção cura podem ser melhoradas, a sociologia trabalha para determinar a ideia sobre a doença e os significados que isso representam ou estão associados. Dessa forma para a sociologia, as representações sociais do câncer de mama apesar de muito importantes, também não são totalmente definidas, sendo necessário o estudo de certas categorias de pensamentos, para tentar entender esses significados e a influência desse conjunto de ideias dinâmicas em um determinado grupo social (MINAYO, 2006).

A marca nas ações dos sujeitos, irá demonstrar aspectos de sua cultura, então a forma como esses agentes sociais constroem os seus significados, dão ênfase ao que Bourdieu (2002) vem chamar de dinâmica social, em outras palavras, trata-se por essa ordem de demonstrar que o significado dessa cultura em que o câncer de mama está inserido vai além de um conceito somente objetivo, influenciando diretamente nas formas de prevenção e tratamento, dando origem a novos significados e novos conjuntos de ideias (BOURDIEU, 2002).

Dessa forma observa-se ao abordar a essa dinâmica social envolvendo o câncer de mama, que desde a pré-história até os tempos modernos, pinturas e esculturas deram destaque aos seios, síntese da feminilidade, expressão de maternidade e de fertilidade, mas também de erotismo e compromissos cívicos e político⁷. Mais do que qualquer outra parte do corpo humano, os seios são fonte de variadas simbologias nas diferentes culturas. Órgãos da amamentação e símbolos de feminilidade, eles são, ao mesmo tempo, fonte de inspiração, desejo e ternura. Na intimidade, associam-se à sexualidade e ao prazer. Quando expostos publicamente, podem expressar ousadia e protesto ou ser objeto de sensualidade e estratégias de marketing. Contudo a mama também adoece, mas permanece sendo um centro de simbologia (INCA; JOSÉ ALENCAR, 2014). Ao longo dos tempos inspiraram lendas, narrativas religiosas e mitos a respeito de mulheres que romperam o padrão dominante em diversas épocas e sociedades. Uma das muitas representações de bruxas em que elas aparecem com seios desnudos, símbolo da transgressão aos padrões da época. Assim sendo, também muito antes de ser recomendado pela medicina em função dos benefícios trazidos às mães e aos recém-nascidos, o leite materno e as mulheres que amamentavam inspiraram a criação de divindades nutritivas e a seleção criteriosa daquelas que poderiam servir como amas de leite (INCA; JOSÉ ALENCAR, 2014).

Em sociedades mais antigas, “*karkinos*” é a palavra grega para “caranguejo”, câncer que se manifestava como tumor, deformando a pele sobre os vasos sanguíneos. Egípcios e gregos fizeram os primeiros registros sobre tumores nos seios, tratando a doença com amputações e remédios que incluíam miolos de vaca e excremento de vespa. Acreditava-se também que o sangue menstrual era capaz de subir às mamas e transformar-se em leite, assim como causar tumores ao encaroçar-se nos seios (INCA; JOSÉ ALENCAR, 2014). A mulher já carregava um estigma, que para Goffman, (1978) é definido como uma marca ou um sinal que designaria ao seu portador de um status “deteriorado” e, portanto, menos valorizado que as pessoas “normais”, chegando ao ponto de incapacitá-la para uma plena aceitação social. Dessa forma, Santa Agatha, padroeira das mamas, foi martirizada e executada em época de perseguição aos cristãos. Marcada com ferros em brasa, teve os seios cortados. Os seios

⁷ **Nos anos 60 e 70** o tema consistia na luta contra o aprisionamento da mulher ao seu corpo, tanto no que se refere a sexualidade, como beleza e maternidade. Tendo como referência o corpo feminino e o seio como forma de representação simbólica, episódio de luta, que é conhecido como “a queima dos sutiãs”. Disponível em <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499456345_ARQUIVO_OseiopoliticoAreprentacaosimbolicadoseiofemininonoespacobpublico.pdf>

cortados de Santa Agatha foram representados em uma bandeja e confundidos com pães. Por isso, nas celebrações de seu dia, 5 de fevereiro, são distribuídos pãezinhos aos fiéis. (INCA; JOSÉ ALENCAR, 2014). São muitos os fatos que demonstram historicamente o porquê de a doença ter sua representação sempre associada há um imaginário perverso.

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" (INCA; JOSÉ ALENCAR, 2014).

Papiros egípcios são os mais antigos registros sobre o câncer de mama. Neles, afirmavam-se que tumores protuberantes, frios ao toque, eram incuráveis. Papiro de Edwin Smith, c.1700 a.C. Provável transcrição do original de Imhotep, escrito entre 3000 a.C. e 2500 a.C. (INCA; JOSÉ ALENCAR, 2014).

Desde a Antiguidade, médicos extraíam mamas doentes, acentuando sofrimento e morte. Com o surgimento de anestésias mais eficazes e da assepsia, foi possível, no final do século XIX, executar a chamada mastectomia radical, que retirava toda a mama, musculatura peitoral e os linfonodos axilares. Essa intervenção foi amplamente aceita até a década de 1950, quando técnicas cirúrgicas conservadoras, que evitavam mutilação das pacientes, passaram a ser utilizadas (INCA; JOSÉ ALENCAR, 2014).

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 de mama era entendido como proveniente de atitude viciosa e da 'sujeira' física e moral.

Percebe-se, que o câncer permanece sendo uma doença associada a perversidade ainda na atualidade. Redon, (2008) justifica este fato nos mostrando que doenças altamente letais (como é o caso dos cânceres) são repletas de significados por "personificar e dar certa concretude à morte, remetendo o doente à finitude do corpo e da vida". Acompanhado a essa associação da doença ao mal, na contemporaneidade existe o fato de que os tratamentos do câncer são agressivos, com possíveis efeitos colaterais e sequelas físicas que incidem na sexualidade e, principalmente, na vida sexual da mulher (INCA, 2018).

Dessa forma para Queiroz, (2000), os seios possuem às representações sociais de "um tipo de saber socialmente negociado" [...], sua representação está contida no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo que também vem associada

a um processo histórico, isso orienta os projetos e as estratégias que desenvolve a ação em relação a prevenção e a cura.

Assim sendo, segundo Tavares (2005, p.428) “no século XIX e início do século XX, o câncer de mama, além de considerado contagioso, era associado à falta de limpeza, à sujeira física e moral”. Dessa forma, o adoecimento era considerado resultado de pecados e vícios, ou consequências de sobrecarga emocional (desequilíbrio psíquico). O referido autor também mostra que até os “anos 40 do século XX o pudor, a vergonha, o isolamento e o silêncio” faziam parte do enfrentamento do paciente com câncer (TAVARES 2005, p. 427).

Após a Segunda Grande Guerra, mulheres de diversos países alcançaram lugar de destaque na família e no mercado de trabalho, e na década de 1960, os seios foram um dos símbolos dessa liberdade e das reivindicações por mais direitos sobre o corpo e a condição social e política (INCA; JOSÉ ALENCAR, 2014).

Assim sendo nesse contexto e formação histórica de representação da doença, a mulher vai introjetando padrões relacionados a sexualidade e beleza feminina, durante todo o processo de socialização, e a mama torna-se um símbolo dessa identificação sexual e do papel da mulher (MAMEDE, 1991). Isso influenciará diretamente no modo de entendimento e escolha dos métodos terapêuticos de prevenção e cura da doença.

Na última década do século XX, surge o movimento conhecido como outubro Rosa, que nasceu para estimular a participação da população na luta contra o câncer de mama. O laço “cor-de-rosa” foi lançado pela Fundação Susan G. Komen for the Cure ⁸ e distribuído aos participantes da primeira Corrida pela Cura, em Nova York, em 1990 (INCA; JOSÉ ALENCAR, 2014).

Atualmente são muitas as ações que influenciam na forma de representação da doença, como corridas, desfile de modas com pessoas que superaram o câncer, iluminação de monumentos e prédios públicos com a cor rosa. Apesar da importância da mobilização social no controle da doença, há críticas ao intenso comércio que hoje se criou em torno da data e à visão superficial de muitos grupos que reduz a questão do controle do câncer de mama à oferta de mamografia, que é o principal método terapêutico inicial realizado pela medicina na tentativa de descoberta da doença (INCA; JOSÉ ALENCAR, 2014).

⁸ **The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation**- é a maior e mais bem-financiada organização de câncer de mama nos Estados Unidos. (GAYLE A. SULIK, 2010).

3.2 Uma interpretação sobre o conceito de método terapêutico do câncer de mama.

Acrescentando ao referencial teórico para a esta investigação, analisa-se, também à categoria de método Terapêutico. Quando se fala em “métodos terapêuticos”, não se diferencia se é um método de prevenção e cura é científico ou não, ou se relacionado com religiosidade, aspectos místicos, ou não. O nome “Método terapêutico” seria uma maneira de igualar mesmo que seja momentaneamente, prevenção ou tratamentos científicos aos não científicos, já que isso é bastante difícil, pois existe um forte “peso” por parte do meio científico. Para Freidson (1988), pode se entender esta categoria como a parte de práticas feitas por acontecimentos sociais, pela qual as pessoas vão subjetivamente e objetivamente em busca da prevenção e do tratamento ao serem definidas como doentes.

Ao longo desse método, as diferentes formas de cuidado e cura vão se revelando ou agindo sobre outras formas de prevenção e tratamento da doença, no caso aos considerados enfermos, papéis correspondem a esse status, ou seja: muda completamente como se define as normas, os direitos e os deveres da paciente com câncer de mama a partir da descoberta da doença (INCA, 2018). Dessa forma quando a doença é diagnosticada, a percepção da finitude da vida torna-se presente e é muito comum que apareçam mitos e fantasias em torno do membro portador da doença e também de seu tratamento, condicionando ou não o comportamento das pacientes na procura de um determinado método terapêutico (MELLO FILHO, 2002). Para Freidson (1998), o método terapêutico tanto pode ser repassado no modelo profissional quanto na construção social do senso comum sobre a doença. Na integração entre esses modelos ou mesmo na ausência deles, vão se definir os diferentes caminhos em busca da cura. A categoria de método Terapêutico tem sido utilizada na literatura socio antropológica com o objetivo de “interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento” (ALVES & SOUZA, 1999, p.125).

Assim sendo, ao buscar a compreensão do modo pelo qual os indivíduos, em determinados grupos sociais, interpretam diferentes formas de enfrentar seu processo de adoecimento, Alves & Souza (1999) assinalam que:

a análise do método terapêutico não se limita, contudo, a identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura. Tais elementos são insuficientes para compreender o complexo processo de escolha. Nestes estudos, torna-se importante levar em consideração que a escolha de tratamento é influenciada pelo contexto sociocultural em que ocorre (ALVES & SOUZA, 1999, p.125).

Esta compreensão torna-se muito importante, pois se faz absolutamente indispensável acatar que, embora alguns indivíduos disponham de condições objetivas para a busca de um determinado tratamento, não o fazem; ou fazem impulsionados por grupos de ações distintas. Trazendo consigo as diferentes interpretações sobre doença, prevenção e processos de cura, diante das várias alternativas disponíveis em uma dada sociedade, os sociólogos passaram a manifestar distintas classificações de sistemas terapêuticos. Kleinman, (1978, p. 86) propõe “o conceito de sistema de cuidados com a saúde, contendo três esferas: profissional, folk e popular. Recapitulando o modelo, a arena profissional estaria constituída pela prática médica científica. A arena folk, composta pelos especialistas “não oficiais” de cura, como curandeiros, rezadores e espiritualistas, dentre outros. A esfera popular entende como o campo leigo, não especializado da sociedade (conselho de amigos, automedicação etc.), sendo neste último campo que a maior parte das questões ligadas à interpretação, tratamento e cuidados com a doença são inicialmente resolvidos. Para este Kleinman, (1978), os Modelos Explicativos, são:

Noções sobre um episódio de doença e seu tratamento, que são empregadas por todos os envolvidos em um processo clínico. A interação entre os modelos explicativos de pacientes e profissionais é um componente central dos cuidados com a saúde (KLEINMAN, 1978, p. 86).

Neste sentido, o autor distingue entre os Modelos Explicativos dos Profissionais (médicos) e dos Leigos.

Helman (1994) observa que:

os modelos explicativos leigos tendem a ser idiossincráticos, mutáveis e fortemente influenciados pela personalidade e por fatores culturais. Por outro lado, os modelos explicativos dos médicos também são elaborados para tratar de um episódio em particular, mas são baseados principalmente ‘na sequência causal exclusiva da lógica científica [...]’. O poder atribuído aos médicos em virtude de seu *background* e sua formação profissional pode dar-lhes o direito de moldar o modelo explicativo do paciente de modo que se adapte ao modelo médico das enfermidades (diseases) em vez de permitir que o paciente expresse sua própria perspectiva da doença (illness) emergente (HELMAN; Id 1994, p. 108).

Nos métodos terapêuticos, a compreensão de uma experiência individual, vivenciada por enfrentamentos, com a possibilidade de ser portador de uma doença com características tão letais como o câncer de mama, não deve ser caminho único para o processo de entendimento de como os pacientes enxergam a patologia. A produção de significados precisa ser traduzida observando a produção das práticas individuais e coletivas e também ser possível poder se entender como estão sendo feitos as formas de prevenção e tratamento para se observar melhor

o objeto, buscando aproximações cada vez mais explicativas sobre o porquê de uma determinada ação adotada pelas mulheres para busca (ou não) das práticas não científicas de prevenção e cura do câncer de mama. Criar um caminho em busca da prevenção e tratamento, quando se trata de uma patologia com as características do câncer de mama significa, primordialmente é ter um olhar voltado para a questão subjetiva, bem eficiente. Isso ajudará no enfrentamento e desconstrução do imaginário perverso que existe sobre a representação do câncer de mama (TAVARES 2005, p. 427).

Desse modo, embora determinações objetivas sejam consideradas fortemente mais importantes nesse processo, montar esta rede de relações é tarefa bastante complexa. A conversa entre a subjetividade e os aspectos objetivos envolvidos nas questões sociais é um enorme desafio que, no limite, é um dos mais complexos problemas das ciências humanas e até das ciências biológicas e naturais. Neste sentido, vale lembrar que: “não se pode esquecer que os sujeitos constroem suas ações em um mundo sociocultural, cuja estrutura deriva de um processo histórico e, portanto, diferente para cada cultura e sociedade” (ALVES & SOUZA, 1999, p.133).

Dessa forma em relação aos métodos terapêuticos, ressalta-se a ampliação dessa ideia para além do processo prevenção – tratamento - cura, juntando a este conhecimento a toda a experiência vivida pelas mulheres pacientes da UBS do bairro Santa Maria da Codipi desde os primeiros sinais que as levam pensar na possibilidade de estarem com o câncer de mama. Nesse sentido, essa abordagem se fundamenta também na compreensão dos tipos de eventos feitos pelas mulheres para a busca dessa prevenção e escolha dos tratamentos. Entende-se que essa trajetória é existente, vinda de um processo histórico onde as representações sociais sobre o câncer vão ter um papel fundamental, tendo uma construção de diferentes formas de acordo com a assimilação e compreensão das pacientes da Santa Maria da Codipi ou da definição profissional sobre esta patologia. Sendo assim, o método empregado pelos médicos sobre o câncer se inicia no momento já da prevenção da doença, via de regra, posteriormente amparados em instrumentos e pareceres de média e alta complexidade. De maneira geral, este curso da prevenção e tratamento vão ser feito e gerido por respostas objetivas a esquemas terapêuticos, protocolos e diferentes formas e fatores prognósticos e burocráticos (ALVES & SOUZA, 1999, p.133).

Desse modo, na racionalidade médica o sentido dado a um determinado método de prevenção e cura é feito como resultado de esquemas organizados pelo padrão científico,

sobretudo, na relação causa e efeito, consequência das respostas físicas e biológicas a determinada interferência (ALVES & SOUZA, 1999, p.133). Desta forma, a configuração sugerida por estes profissionais segue uma trajetória fixada, deixando em segundo plano os fatores subjetivos da paciente com o câncer de mama. Nesse sentido, o entendimento de certos métodos terapêuticos de prevenção e cura se revelam ainda mais complexos, diante dos aspectos principalmente religiosos, sócio – econômicos e culturais existentes, pois, no campo do senso comum em outras palavras na visão das mulheres com a doença, a definição do método vivido para a prevenção e combate do câncer de mama é influenciada por dimensões presentes e pretéritas, sobretudo, às representações sociais sobre o câncer, como será discutido adiante. A cultura desta trajetória, diferente da construída pela racionalidade científica, é herdada fortemente nos aspectos subjetivos onde elementos dessa construção moldam com muita força as escolhas. Assim, o caminho percorrido pelo senso comum para a resolução dos problemas de saúde pode passar por: construção de uma determinada crença sobre a doença; sinais e sintomas; confronto com a possibilidade de ser portador de câncer (MINAYO, 2006, p. 35).

O significado que o câncer tem em determinado contexto definirá as práticas de cura e formas de se relacionar com os tratamentos, em outras palavras o método terapêutico escolhido no interior destes grupos sociais. Muitos estudos têm se preocupado com as investigações científicas em oncologia, neste sentido, buscam mostrar o conhecimento adquirido pelo modelo de explicação profissional (ALVES & SOUZA, 1999, p.133). A representação social construída pelas pacientes, a compreensão do modo de interpretar o método terapêutico pela prática popular e como elas o relaciona com práticas religiosas é o interesse deste trabalho.

4. O SENTIDO DO CÂNCER DE MAMA, PREVENÇÃO, TRATAMENTOS CIENTÍFICOS, NÃO CIENTÍFICOS E RELAÇÃO DA DOENÇA COM RELIGIOSIDADE PELAS PACIENTES DA UBS CODIPI.

Nesse capítulo será abordado as falas das pacientes entrevistadas, como as mesmas enxergam a doença, as práticas de prevenção e tratamento do câncer de mama e como elas fazem uma relação com a religiosidade. Como esses dados se relacionam de forma sociológica com o referencial teórico aqui em questão.

A Unidade Básica de Saúde Santa Maria da Codipi é um dos 6 postos de saúde que atendem a região da Santa Maria da Codipi, bairro situado na zona norte da cidade de Teresina-PI. Geograficamente, a Santa Maria se situa relativamente afastado de parcela expressiva da cidade. Um simples percurso ao longo da região se faz perceber, por exemplo, características como o contraste habitacional – ora casas de taipa, ora casas mais bem estruturadas – de urbanização, em que se apresentam ruas com calçamento alternadas com as de terra batida.

O bairro está situado a 15 km da região central de Teresina. Estima-se pela Secretaria Municipal de Planejamento de Teresina (SEAMPLAM) que a região da Santa Maria da Codipi, sem outras comunidades vizinhas, tenha em torno de 15000 habitantes, dado relativo até 2018 (SEAMPLAM, 2019).

As mulheres, sujeitos-chave dessa pesquisa, foram escolhidas dentro das características de classe social do bairro, uma região periférica, em sua maioria de classe média baixa, com condições de serviços como por exemplo saúde e saneamento básico relativamente incipientes. A UBS Codipi está localizada em uma das regiões primordiais do bairro, Rua Raimundo Dorotéia – a principal via pública de acesso, e também uma das mais movimentadas do setor, foi um dos primeiros corredores do bairro, onde durante o processo histórico da região, foi de vital importância para o surgimento das primeiras moradias das famílias em seus entornos.

Com o objetivo de preservar a ética da pesquisa, foi dada importância ao anonimato de todas as entrevistadas que foram mencionadas durante o referido capítulo do trabalho como “sujeitos”, pela abreviatura entre parêntese ao final de cada citação de resposta dada pela paciente. Analisando as entrevistas das pacientes que fazem a prevenção do câncer de mama na Unidade Básica de Saúde Santa Maria da Codipi moradoras desse bairro, buscou-se compor uma identificação de qual visão as mesmas têm em relação as práticas de prevenção, cura, ideia da própria doença, e se associam a doença com religiosidade. Se caso elas fazem uso de práticas não científicas, quais os significados dessas ações para essas pessoas.

Nesta pesquisa, foram observadas noções que nos deram capacidade de compreender que existem papéis sociais próprios da conjuntura “ser portadora de câncer de mama”, em outras palavras o que define as normas, os direitos e os deveres da paciente com câncer de mama muda à partir da diagnóstico da doença (INCA, 2018). Isso reflete diretamente na ideia que a paciente tem sobre doença. Em um primeiro aspecto de definição do câncer de mama, todas as mulheres entrevistadas definem a doença como “algo muito ruim”, “feia”, “ferida no peito”, sempre com a representação associada a perspectiva perversa da doença.

[...] é uma doença muito ruim, se não cuidar é fatal, se for a tempo pode ser que der para salvar, mas é difícil, doença feia [...] (S.04)

[...] é uma doença feia e preocupante precisa de muito cuidado, é uma coisa de espírito ruim [...] (S.10)

[...] é uma ferida fechada. (S.15)

Assim sendo a imagem do corpo é a síntese das experiências emocionais: intersociais, repetitivamente vividas através das sensações que são sentidas. Ela pode ser considerada como modelo simbólico inconsciente do sujeito (DOLTO, 2015. p.15). Dessa forma a mulher associa a ideia de “feia” a imagem do corpo, em outras palavras ela acredita que ao contrair o câncer, seu corpo vai estar “feio”, ou possuído por um mal espírito, em outras palavras perversidade social da doença!

Desse modo, um outro aspecto que merece bastante evidência na apresentação das entrevistas é o fato que há uma mudança muito forte na vida social da mulher pela descoberta do câncer de mama. As mulheres após descobrirem que estão doentes já afirmam sentir uma humilhação no fato de se ver como mulher. Ter uma “mama doente” para elas é um sinônimo de preconceito para consigo mesma, para elas acontece uma “perda de identidade”, relatam que não existe nada pior na vida que a retirada da mama. A influência religiosa representa nesse caso, um conforto, ou seja, a ideia que um ser espiritual, perante um acontecimento de desespero, possa dar estímulo e até conduzir a cura, ameniza os problemas vivenciados com a doença e traz um significado tão forte para as pacientes, quanto o proposto pela própria ciência médica (DOLTO, 2015).

[...] fiquei muito triste porque o médico me falou que eu tinha que tirar o peito [...] Mas pensei nos meus filhos que eu ia morrer se não tirasse, só pensava em Deus, oh Jesus Cristo me ajude na minha saúde, então era melhor tirar, fiquei com vergonha mas se a chance era essa (S.03).

Os aspectos considerados mais importantes nos tratamentos e prevenção foram sempre associados a ideia de religiosidade, mesmos aqueles mais científicos. “Tudo bem, graças a Deus!” ou “Vou melhorar, se Deus quiser!” são expressões que ouvimos frequentemente das pacientes quando questionadas sobre seu estado. Tais expressões são paradigmáticas do quanto a religiosidade tem importância no mundo, e aparece na forma de enxergar a doença e as práticas de cura pelas pessoas e do quanto as mesmas a relacionam ao seu bem-estar, físico, mental ou espiritual.

[...] durante a prevenção, levar a sério, acreditar que é pra proteger, sempre fazer o exame médico, fazendo isso Deus também protege, durante o tratamento também, tem que levar mais a sério, é acreditar que existe Jesus e fazer sempre os exames e tomar os remédio(SIC), fazer tudo que os médico manda (SIC)[...] (S.07)

[...] prevenir com exames e se estiver doente passar por todo o processo de ser curada. Deus sempre ajuda [...] (S.06)

[...]Mesmo eu estando com a doença, em momento nenhum eu revoltei com Deus não. Estou agradecendo a Deus por estar passando por este momento sabe, dele estar me dando força pra eu passar por este momento. Ele não tem culpa não. Cada pessoa Deus põe no mundo para passar por uma coisa[...] (S .16)

Por outro lado, se as investigações sobre as formas religiosas ou místicas de um determinado grupo e também sobre os modos como as equipes multiprofissionais, em particular, têm-nas considerado em suas práticas cotidianas nos serviços de saúde são passos muito importantes na construção de um atendimento integral aos usuários desses serviços, elas não se mostram suficientes por si sós. Para que tais profissionais se tornem realmente capazes de incorporar formal e explicitamente, às suas práticas clínicas, preocupações não apenas procedimentais e medicamentosas, mas também questões de natureza, simbólica e espiritual, faz-se necessária uma profunda revisão dos paradigmas que têm imperado ao longo de sua formação profissional.

Desse modo é bastante antiga a relação existente entre saúde e religião. Koenig, King e Carson (2012) fazem um estudo de como esta relação vai se desenvolvendo ao longo do tempo. Os autores mostram que em diversos momentos da história a cura foi colocada como responsabilidade das instituições religiosas, contudo, em períodos antigos não haviam conhecimentos científicos capazes de contribuir para o diagnóstico e tratamento de tais enfermidades. Não se pode negar que mesmo com alguns avanços na inclusão dos temas da religião, religiosidade e da espiritualidade no âmbito científico, ainda há muitas divergências. Religião, religiosidade e espiritualidade têm sido, por vezes, vistas como sinônimos, porém não

há consenso a respeito do conceito de espiritualidade, podendo ser compreendida como um princípio de que há mais na vida além daquilo que podemos ver ou entender plenamente (MENDES, 2005). Embora a espiritualidade também possa ser vivenciada no contexto da religião, ela não se restringe a estes espaços, sendo experimentada fora das estruturas religiosas formais (ARRIEIRA et al., 2011).

Nesses casos, dificulta-se o entendimento, cabendo diferentes interpretações para uma mesma colocação, de forma que há espaço para um breve diálogo inicial a respeito dos conceitos. Dessa forma Koenig; King; Carson, (2012), afirmam:

A religião é considerada um fenômeno social que se configura por um conjunto de sistemas culturais e crenças, referindo-se à organização institucional de determinada forma de vivência religiosa. O construto pode abranger o sobrenatural, o não-natural, o teísmo, o deísmo, o ateísmo, o monoteísmo, o politeísmo e, em ambos os casos, divindades finitas e infinitas, caracterizando-se como a procura do sagrado que ocorre objetivamente por meio de práticas, cultos, ritos de forma institucional e compartilhada em grupo (KOENIG; KING; CARSON, 2012, p. 39).

Tais influências exercidas pela religião podem ser vistas nas mais diversas áreas da vida social como, nas relações familiares, no comportamento sexual, na escolaridade e no engajamento cívico e político dos fiéis (SMITH, 2003). Dessa forma, as religiões podem ser consideradas como fatores de proteção para o risco de várias morbidades e consequentemente como auxiliar no tratamento de saúde. Mas também há aspectos potencialmente danosos de vivência da religiosidade por pacientes, que é quando a religião não ajuda, em outras palavras é importante termos em mente que aspectos das mais diferentes formas de tal correlação também podem surgir. Koenig, McCullough e Larson (2001) apontam que dentre esses aspectos vistos como negativos estão: (1) a interrupção de tratamentos médicos que pode ser sugerida por líderes religiosos aos seguidores para que estes provem ter a fé necessária para serem dignos de curas divinas; (2) o adiamento na procura médica, devido a inúmeros fatores como: a pressão exercida por outros membros da congregação religiosa para que o primeiro tratamento seja o religioso e somente caso este não seja efetivo que se busque outras fontes, experiências negativas ou mal sucedidas anteriormente; (3) a recusa de tratamentos específicos baseadas em crenças religiosas (por exemplo, a recusa à tratamentos que necessitem de transfusão de sangue, ou vacinação de crianças).

Entretanto, mesmo sendo positivos ou negativos, é inegável que a religião seja vista como “uma força inibidora que pode contribuir para adiantar, reduzir ou restringir certos tipos de comportamentos.” (VERONA, 2011, p. 190). Através de uma visão qualitativa, de pontos

de vista pessoal, individual, que seja condicionado por sentimentos e afirmações arbitrárias dos sujeitos-chave desta pesquisa é que se poderá se entender melhor os significados da influência religiosa em suas ações.

Assim sendo MINAYO (2006) afirma:

[...] a visão qualitativa demarca um espaçamento radical: ela amplia e contém as articulações da realidade social. Pensada assim, cultura não é apenas lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, **o religioso**, o simbólico e o imaginário. Ela é o Lócus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições, e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há nada humano sem significado e nem apenas uma explicação para os fenômenos (MINAYO, 2006, p.31).

Em outras palavras, o religioso tem aqui demonstrado em uma forma que constrói e molda muito forte, podendo conduzir as articulações da realidade social, sendo necessário uma visão qualitativa muito forte para o entendimento desses comportamentos. Algumas mulheres associaram a ideia do câncer de mama a castigo divino e referem-se a Deus na própria prática de cura. De acordo com Almeida e Stroppa (2009), nessas formas de agir, existe uma forte associação entre espiritualidade e enfrentamento de situações de crise. Nesse sentido, pode-se dizer que as pacientes em questão fazem uso do Religioso/Espiritual, estratégia de enfrentamento relacionada ao modo como as pessoas utilizam sua religiosidade para lidar com situações de estresse e de dificuldades na vida (ALMEIDA & STROPPIA, 2009; PANZINI & BANDEIRA, 2007; PANZINI et al., 2007). Assim sendo, vale ressaltar que o momento de maior importância, que acreditamos que será o clímax desta pesquisa, é a visão das pacientes sobre as práticas e métodos não científicos de prevenção e relação com a religiosidade, e se são utilizados em forma conjunta com os métodos da medicina tradicional. Porém houve respostas que não eram esperadas e visões que foram relatadas das quais não se tinham a menor perspectiva, de acordo com as falas das pacientes:

[...] esses métodos ajudam a pelo ou menos manter a calma... quanto a religião, só muita fé em Deus, me recomendaram um macumbeiro(SIC), mas não fui, tive medo, se bem que a doença já está me levando pra morte mesmo, mas não fui não, A cura da ciência é bem maior [...] (S.09)

[...] acho que usando esse método de chás ou ervas, tudo é possível, mais precisa mesmo é de profissionais e a busca da ciência, só acredito em Deus, se ficar boa é porque o Pai, quis, se não, é porque estou pagando pelos meus pecados[...] (S.17)

[...] me ensinaram “cachorro pelado”, uma planta, mas fiquei com medo, porque é perigoso, e se me envenenar, invés de me curar, não tive coragem! Só fui mesmo para os médicos [...] (S.08)

[...] eu ia para igreja todo dia, igreja evangélica assistir o culto e pedir a cura pra Deus, a gente tendo fê, funciona, adianta sim, tomei chá do “cachorro pelado”, que é uma planta, melhorei, estou quase curada, fiz as quimioterapias, mas era muito ruim, doía muito, mas acredito mais nos médicos (S.10)

[...] tudo é possível, mas precisa de profissionais da ciência, Deus cura através dos médicos, se não curar é porque era a hora da mulher mesmo, tudo tem um tempo meu filho [...] (S.13)

De acordo com o autor Carlo Rodrigues Brandão (1980), para qualquer grupo que faz uso da religião na Santa Maria da Codipi, torna - se importante a determinação da identidade e a fixação de normas de participação de cada agência frequentada. Diz o referido autor:

Toda a sabedoria do sacerdote está em manter o equilíbrio entre os interesses difusos, as exigências de consumo e os direitos de participação da comunidade de fiéis; com os interesses definidos de reprodução da igreja e de preservação do controle exercido pelo corpo eclesiástico. Na prática, este equilíbrio depende, em boa medida, da capacidade de os agentes preservarem todo o tempo proporções adequadas de leigos, de fiéis e de clientes, controlando as diferenças de demandas entre eles e evitando que alguns fiéis virem clientes, que os clientes virem migrantes confessionais e que os leigos aprendam a competir com os padres, além dos limites adequados à vida da igreja (BRANDÃO, 1980, p. 68).

Para Brandão (1980), a religião funciona como como uma nuvem para garantir a ordem social e intelectual, dessa forma existem agencias religiosas no bairro da Santa maria da Codipi que estariam associadas e descritas nas respostas das pacientes, tais agencias seriam: rezadores, padres, pastores, curandeiros, pais e mães de santo, entre outros (BRANDÃO, 1980, p. 68). Ao abordar a condição dos seguidores da religião, o autor propõe inicialmente uma importante distinção entre leigos, fiéis e clientes, que se distinguem por graus e modalidades de participação na vida da Igreja. Enquanto a participação dos leigos é ativa, sendo concebidos como “afiliados incorporados legitimamente” por meio de “ritos de ingresso e de demarcação da carreira confessional”, os fiéis são menos ativos, possuindo diferentes graus de envolvimento, que se aproximam ou se afastam dos leigos, formando a “massa” das Igrejas.

Somando também às questões religiosas, foram relatadas pelas pacientes, o uso do chá da espécie *Euphorbia tirucali* (avelós), o popular cachorro pelado, usado corriqueira e comumente como automedicação complementar ao tratamento do câncer de mama. É importante destacar o risco toxicológico dessa planta medicinal, muito debatido pelo meio científico. Dessa forma algumas pacientes ao internalizarem o que a doença representa, fazem uso de três formas de busca da cura, tomam o chá, associam-no com a religiosidade e ainda vão em busca da ciência, porém ao consumirem a bebida estão correndo risco de saúde segundo a própria medicina científica (VARRIC-CHIO, et al. 2008b).

[...] Acredito na medicina, porque eu sou um exemplo vivo, mas tomei **chás** também, mas acho que não serviu para nada, quem me salvou foi Deus e os médicos. [...] (S.12)

[...] o chá me ajudava a manter a calma, não sei se servia, tomei o “cachorro pelado” (SIC), tive muita fé, sentia muitas dores, febre, ia para igreja todo dia, tomava chá todo dia, fiquei boa, graças a Deus. (S10)

O Avelós, (popular “Cachorro Pelado”), é uma planta originária da África, trazida para o nordeste do Brasil, onde se tornou seu habitat natural. Contém em seu interior um líquido leitoso (látex), extremamente tóxico. Nos corredores dos hospitais, uma infusão da seiva da planta é conhecida como garrafada. Um segredo passado de paciente para paciente. Foi a partir da crença e dos relatos de casos de supostas curas que os médicos decidiram analisar o mistério (SILVA, et al. 2013).

Dessa forma de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende-se como planta medicinal a PLANTA nativa ou cultivada e empregada com propósito medicinal, devendo-se sua ação farmacológica a princípios ativos, sendo que qualquer planta medicinal somente é considerada medicamento quando empregada de maneira correta, deste modo, há indicação do uso como planta medicinal regularizada e inclusa na farmacopeia exigente, numa condição favorável que evidencie seu princípio ativo farmacologicamente (TAUFNER; FERRAÇO; RIBEIRO, 2006). Dessa forma a dúvida da paciente entrevistada sobre os **chás** que tomou, é se eles são ou não medicamentos aprovados, porque não tem uma indicação científico medicinal regularizada, isso faz com que a mesma tenha uma sensação de vergonha, pois o que não é considerado científico, adquiriu a ideia de ser errado.

Analisando essa etapa das entrevistas em que se observa uma hegemonia coletiva da ciência sobre as pacientes da UBS Codipi, porém com influências mínimas de outras vertentes como a religiosa e ligeiros traços de métodos de cura considerados mais naturais, cabe muito bem a seguinte afirmação de Minayo (2006):

Mencionarei duas razões da hegemonia contemporânea da ciência como forma de conhecimento. Uma externa, que se acelerou a partir da modernidade, e diz respeito a seu poder de dar respostas técnicas e tecnológicas aos problemas postos pelo desenvolvimento social e humano. Embora esse ponto seja discutível, uma vez que problemas cruciais como pobreza, miséria, fome e violência continuam a desafiar as civilizações sem que a ciência tenha sido capaz de oferecer respostas e propostas efetivas. A razão de ordem interna consiste no fato de os cientistas terem sido capazes de estabelecer uma linguagem universal, fundamentada em conceitos e técnicas para a compreensão do mundo, das coisas, dos fenômenos, dos processos, das relações e das representações (MINAYO, 2006, p.36).

Algumas mulheres nos relataram que embora acreditem nos métodos científicos de prevenção e tratamento, e não usem métodos não científicos de prevenção e cura, se afastaram da medicina científica para praticarem o que elas chamam de fé.

[...] nunca me importei com o câncer de mama, tinha muita fé nem fazia alto exame, nem nada, até ele me achar[...] agora estou dividida entre a certeza de me curar ou morrer, mas Deus é que sabe, não voltei mais para o hospital, não, resolvi entregar nas mãos de Deus [...] (S.03).

[...] o câncer de mama tem a ver com a fé, pois quem agrada a Deus o sofrimento se torna até menos, eu nem tomei mais nada, fui só em busca de Deus, resolvi voltar para os médicos porque me pediram na igreja, acho que era Deus me mandando um sinal[...] (S.04).

[...] acredito que Deus existe, ele usa os médicos aqui na terra para nos ajudar, foi só por isso que eu fui. Mas nem estou indo mais, porque não tenho tempo, preciso trabalhar, tenho meus filhos para criar, lá o tratamento demora, vou tentar rezar e ficar mesmo indo só para igreja por enquanto (S. 11).

Questionadas sobre a ciência, se acreditavam ou não na medicina científica, algumas responderam:

[...] sim, acredito, pois está tudo moderno, com a realização de exames, informações, medicamentos, no tempo de minha avó não tinha nada disso [...] (S.15).

[...] sim pois vem os medicamentos (S.14).

[...] acredito sim na medicina comum, mas a espera do começo do tratamento demora muito!!! [...] choro... [...] é boa, mais demora demais, dar tempo para morrer [...] (S.16).

Foram observadas que para algumas mulheres mesmo não usando métodos não científicos como relatado mais acima e acreditando na ciência moderna, para esses grupos a doença câncer de mama refere-se a desequilíbrios que afetam o espírito, corpo e matéria.

[...] esses métodos ajudam a pelo ou menos manter a calma... quanto a religião, só muita fé em Deus, me recomendaram um macumbeiro, mas não fui, tive medo, se bem que a doença já está me levando pra morte mesmo, mas não fui não, A cura da ciência é bem maior [...] (S.09).

[...] Acredito na medicina, porque eu sou um exemplo vivo, mas tomei ⁹chás também, mas acho que não serviu para nada, quem me salvou foi Deus e os médicos. [...] (S.12)

⁹ “chás”. O relato da paciente, foi de que tomou “chás”, mas não acreditou no uso dos mesmos, ela não quis identificar o nome e tipo da bebida naquele momento, respeitou-se a sua vontade. Ela não acreditou no uso da bebida por não ser cientificamente comprovada.

Assim sendo Minayo (2006) afirma:

[...] No entanto, em momento algum, esses mesmos fenômenos são apresentados apenas do ponto de vista biológico ou apenas sob ótica espiritual, envolvem a visão integrada do ser humano e sua relação com as condições de vida, tomadas só sentido mais amplo (MINAYO, 2006, p. 254)

Em outras palavras trata-se por essa ordem de demonstrar que as pacientes da UBS Codipi que fazem a prevenção do câncer de mama, portadoras ou não da doença representam aqui uma reflexão de como a visão das mulheres da região sobre a doença é demonstrada na ação das pessoas, mesmo respeitando a ciência, não se desprendem da espiritualidade, e a justificam-na como fé, atribuindo sempre a ideia de cura a Deus e aos médicos, vinculando o método científico ao método espiritual, numa visão integrada. De acordo com Carlos Henrique Brandão (1979), talvez a melhor maneira de se compreender a cultura popular seja estudar a religião. Ali ela aparece viva e multiforme e, mais do que em outros setores de produção de modos sociais da vida e dos seus símbolos, ela existe em franco estado de luta acesa, ora por sobrevivência, ora por autonomia, em meio a enfrentamentos profanos e sagrados entre o domínio erudito dos dominantes e o domínio popular dos subalternos.

A religião dá nomes a todas as coisas e torna até mesmo o incrível, possível e legítimo. Para os efeitos da vida, ela pretende sempre envolver o repertório mais abrangente das questões e fazer as respostas mais essenciais, de acordo com os interesses políticos, mas também de acordo com os medos e as esperanças das mais diversas categorias de pessoas, como observamos através mulheres que fazem a prevenção e busca da cura do câncer de mama.

Dessa forma, o relato de algumas pacientes é bem explicativo e deixa transparecer os reais significados das percepções dessas mulheres em relação a doença, a ciência, religião e qual sua relação com o câncer de mama e suas formas de prevenção e tratamento.

Durante as entrevistas foram pedidos relatos dos principais problemas e desafios de estar com a doença, as declarações demonstram as mudanças que as mulheres sofrem na vida social.

[...] o mal-estar, o tratamento é ruim porque me deixa mal, mas é necessário, eu fico sem coragem pra nada, sou fumante, tenho que reduzir o fumo e não consigo! Gosto de trabalhar e depois que eu amputei a mama eu não posso mais, minhas pernas doem, vivo passando mal, sou impedida de ter uma vida normal, [...] (S. 04)

[...] muito triste, arrasada, minha falta de dinheiro para pegar ônibus, pessoas saem do seu bem-estar para entrar em um hospital, não sentia fome, engolia como se estivesse grávida, muitas dores no corpo, muita febre, quanto as aplicações, tenho a revolta por ter perdido o seio e a queda de cabelos, não estou recuperada não, mas estou com vida, já é uma maravilha. Graças a Deus! [...] (S.15)

[...] a coisa mais ruim que achei foi a perda de cabelo, a depressão, o estigma da população e a rejeição do marido, você sabe, eu não acredito muito em médico não, mas nessas horas do desespero, vamos atrás deles, acho que é bem capaz de ter uma cura na nossa frente, mas nós não sabemos, só quem sabe é Deus [...] (S.16)

Nesse sentido Sontag (1984) observa:

“o câncer tem sido visto como uma doença cruel, intratável e misteriosa. Por ser algo que ataca, invade o corpo, o seu tratamento tem sido pensado como um contra-ataque, fazendo com que muitas vezes seja visto como algo pior do que a própria doença. [...]” (SONTAG, 1984, p. 83)

Dessa forma, a partir das representações sociais construídas através da história, e mesmo com a hegemonia da ciência e de seu controle na atualidade, o câncer de mama é concebido no senso comum como uma enfermidade na qual a obtenção do diagnóstico equivale a uma sentença de mutilação e morte. Neste universo de complexas determinações, a prevenção do câncer de mama necessita ter abordagens em diferentes sentidos, capazes de não reagir somente às dificuldades existentes nos sistemas de saúde para a sua prevenção e detecção precoce. Reafirmamos, neste sentido, a necessidade de compreensão dos aspectos simbólicos relacionados a visão das pacientes com câncer de mama para uma intervenção mais ampliada sobre as possibilidades de controle desta doença.

CONCLUSÃO

Nesta investigação buscamos refletir sobre as práticas de prevenção e cura do câncer de mama utilizadas pelas pacientes da Unidade Básica de Saúde Santa Maria da Codipi que moram na região. Nesta perspectiva procuramos demonstrar e compreender o olhar dessas mulheres sobre a doença, fazendo uma reflexão a respeito do modo como é entendida a representação dessa patologia, e a forma como é relacionada a doença com prevenção e tratamentos não científicos, científicos e aspectos religiosos.

Primeiro é preciso entender que se faz necessário uma percepção mais humana quando se tratar a questões relacionadas ao câncer de mama, em outras palavras, é preciso compreender os sujeitos, suas percepções, para posteriormente refletir como são construídos os significados e ideias de representações. É através do olhar das pacientes do posto de saúde que se pode compreender qual ideia essas mulheres têm sobre a representação do câncer de mama, e qual o significado elas atribuem as práticas de prevenção e cura científicas ou não, e relação da doença com a religiosidade. Dessa forma podemos compreender e deduzir ao analisar os dados desta pesquisa, que a estrutura científica em relação as práticas de prevenção e cura e representação do câncer de mama se tornaram a maior, superando a estrutura religiosa e os métodos não científicos de prevenção e cura, porém há um índice ainda muito alto de associação desses tratamentos e métodos de prevenção a questão da fé.

Assim sendo, as práticas de cura e prevenção do câncer de mama atualmente são hegemonicamente científicas. Sugere-se aqui uma interligação entre o contexto objetivo da prevenção e tratamento dado pela ciência, com o contexto mais subjetivo dado pelo senso comum, onde através do entendimento sobre o olhar da paciente sobre a doença e compreensão dos significados dados pelas mesmas a sua realidade, poder-se tentar melhorar os tratamentos. Deve se considerar aqui que muitas das entrevistadas relataram mudanças durante a prevenção e tratamentos científicos da doença, muitas vezes chegando até o afastamento total desses tratamentos científicos, acreditando que a fé é única forma de cura, e que o fato de se curar ou não é resultado positivo ou negativo em relação a punição dos pecados.

Finalmente, sublinhamos, como síntese das demais considerações criadas nesta pesquisa a grande necessidade de uma abordagem sociológica frente as representações sociais da doença, em outras palavras, como se pode analisar a forma de pensar das pacientes em relação o câncer de mama, buscando quebrar a objetividade única da visão biomédica hegemônica de prevenção e tratamento, resgatando a dimensão humana contida no processo de adoecimento.

REFERENCIAS

- ALBUQUERQUE, U. P.; HANAZAKI, N. **As pesquisas etnodirigidas na descoberta de novos fármacos de interesse médico e farmacêutico: fragilidades e perspectivas.** Rev. Bras. Farmacogn. 16 (supl.), 678-89. 2006.
- ALMEIDA, A. M., & STROPPA. A. (2009). **Espiritualidade & saúde mental:** Importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. *ZEN Review*,1, 2-6.
- ALVES, P. C. B. & SOUZA, I. M. A., 1999. **Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico.** In: *Experiência de Doença e Narrativa* (M. C. M. Rabelo, P. C. B. Alves & I. M. A. Souza, org.), p. 125-138, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ
- AQUINO, VV, ZAGO, MMF. **O significado das crenças religiosas para em grupo de pacientes oncológicos em reabilitação.** Ver Latino-am Enfermagem 2007; v:15 n:1p: 42-7
- ARRIEIRA, Isabel Cristina De Oliveira et al. **Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 10, n. 2, abr./jun. 2011. Disponível em: . Acesso em: 19 ago. 2016
- AVELAR, B. A. **Deteção in vitro de citocinas intracitoplasmáticas (interferon gama, fator de necrose tumoral, interleucina 4 e interleucina 10) em leucócitos humanos tratados com extrato bruto diluído de Euphorbia tirucali.** Dissertação (Mestrado). Programa Multicêntrico em Ciências Fisiológicas da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina, 2010.
- BERLIN, B. **On the making of a comparative ethnobiology.** In: *Ethnobiological Classification: principles of categorization of plants and animals in traditional societies*, Princeton, Princeton University 1992.
- BOURDIEU, P., 2000. **O Poder Simbólico.** Rio de Janeiro: Editora Bertrand
- BOURDIEU, P., 2002. **Esboço de uma Teoria da Prática** Precedido de três
- BRANDÃO, C, H. 1980. **OS Deuses Do Povo: Um Estudo Sobre a Religiao Popular.**
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019. Disponível em <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-da-atencao-basica-pmaq>
- Brasil.
- BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. 2018. Disponível em: <www.inca.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é câncer. 2011. Disponível em: Acesso em: 16/08/2019.

BRASIL.INSTITUTO ONCOGUIA. 2019. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/>>

Chicago Press.

Docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;1991.140f.

DOLTO, F. **A Imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

DONNANGELO, M.C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. SP, Duas cidades, 1979

DURKHEIM, E. **As Regras do Método Sociológico**. Pensadores. São Paulo: abril, 1978.

ELLISON, CHRISTOPHER G., and JEFFREY, S. Levin. **The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions**. Health Education and Behavior 25: 700-720. 1998.

estudos de Etnologia Cabila. Oeiras [Portugal]: Editora CELTA.

FARIA, JULIANA BERNARDES de. SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença**: Revisão da Literatura. Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2005, 18 (3), p. 381- 389

FONSECA, J.J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FREIDSON, E. p, 1988. **Profession of Medicine**. Chicago: The University of

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Teresina, Pi, 2019.

GAYLE A. SULIK (2010). Pink Ribbon Blues: como a cultura do câncer de mama prejudica a saúde da mulher . Estados Unidos da América: Oxford University Press. 146-150

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIMENES, M. G. G. In: Fávero, M. H. (Org.) **A mulher e o câncer**. São Paulo: Ed.

GOFFMAN, E. (1978). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada (2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar

HELMAN, C. G., 1994. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artes Médicas

HUGUET, Priscila Ribeiro; MORAIS, Sirlei Siani; OSIS, Maria José Duarte; PINTO-NETO, Aarão Mendes; GURGEL, Maria Salete Costa. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. Ver Bras Ginecol Obstet. Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p 61-67, 2009. Disponível em: Acesso em: 12 de março de 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2018. Incidência do Câncer

no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br/>) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>): INCA, 2014

JODELET, Denise. **O Movimento de Retorno ao Sujeito e a Abordagem das Representações Sociais**. Sociedade e Estado, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009. Disponível em: Acesso em: 23 junho de 2014.

KLEINMAN, A., 1978. **Concepts and a Model for the Comparison of Medical**

KLIGERMAN, J. **Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rev Bras Cancerol., 47(2):111-4, 2001.

KOENIG, H.G.; KING, D. E.; CARSON, V. B. **Handbook of Religion and Health**. Oxford University Press 2 nd Ed, 2012.

Livro Pleno, 2000.

LOYOLA M, A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo, Difel, 1984

MAMEDE M, V. Reabilitação de mastectomizadas: **um enfoque assistencial/** he rehabilitation of mastectimized: a new approach, Ribeirão Preto; s.n; 1991. 140 p. ilus, tab

MARLIÈRE, L. D. P.; RIBEIRO, A. Q.; BRANDÃO, M. G. L.; KLEIN, C. H.; ACURCIO, F. A. **Utilização de fitoterápicos por idosos: resultados de um inquérito domiciliar em Belo Horizonte (MG), Brasil**. Revista Brasileira de Farmacognosia. 2008; 18:754-60.

MATOS, J. C. **Prevalência e fatores associados à prevenção secundária do câncer de mama em Maringá/PR**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2008. (Dissertação de Mestrado), Universidade Estadual de Maringá, 2008.

Mello Filho, J. (1992). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas

MENDES, João Manuel Galhanas. **Como inserir a espiritualidade no processo terapêutico**. Revista Servir, v. 54, n. 4, p. 158–164, 2005.

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

MEYEROWITZ, B. E. (1980). **Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment**. *Psychological Bulletin*, 87,108-131.

- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em saúde**, p. 15-255. São Paulo, 2006
- MOSCOVICI, Serge. **La Representación Social: Un Concepto Perdido**. IEP - Instituto de Estudios Peruanos. Lima, Mayo del. 2002. Disponível em: www.cholonautas.edu.pe. Acesso: 23 junho de 2014
- Reflexão e Crítica, 2005, 18 (3), p. 381- 389.
- Systems as Cultural Systems**. *Social Science and Medicine*, p. 85-93.
- _____, Serge . **La psychanalyse, son image et son public**. [S.l.]: Presses
- _____, Serge. Representações Sociais: **Investigações em Psicologia Social**. editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- feminino. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, p. 231-237, 2008.
- Universitaires de France, 2004
- MOREIRA, A.S.P, et al. **Perpesctivas teoricos-metodologicas em representações sociais**. Joao Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2005. p. 220-228
- MV I. N. LTDA, Imbiribeira - Recife/ - PE Brasil, 2019. Disponível em <<http://www.mv.com.br/pt/blog/gestao-da-saude-publica--6-estrategias-para-os-3-niveis-de-atencao-do-sus>>
- PANZINI, R. G. & BANDEIRA, D. R. (2007). **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- PIANOWSKI, L. F. ; SIANI, A. C. **Desenvolvimento Tecnológico de Fitoterápicos**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 90 p.
- PRADA, A. A. (2006). Manual de psicooncologia. Bogotá, Colombia: Javegraf
- QUEIROZ, M. S., 2000. **Representações Sociais: Uma Perspectiva Multidisciplinar em Pesquisa Qualitativa**. In: *Doenças Endêmicas: Abordagens*
- REDON, SILVANO APARECIDO. **A interpretação da doença e a busca de sentido: Um estudo com pacientes em tratamento de câncer**. *Revista ANTHROPOLÓGICAS*, ano 12, volume 19(2): 55-80, 2008
- ROBBINS, S. L. **Patologia estrutural e funcional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 5.
- SALIMENA, A.M.O , CAMPOS, T.S, MELO, M.C.S.C, MAGACHO, E.J.C.
- MULHERES
- ENFRENTANDO O CÂNCER DE MAMA. *remE – Rev. Min. Enferm.*; v: 16, n: 3,p: 339-347, jul./set., 2012

- SANTAANNA, 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.
- SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017. Disponível em <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499456345_ARQUIV_O_OseiopoliticoArepresentacaosimbolicadoseiofemininonoespacopublico.pdf>
- SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEAMENTO. Teresina, Pi, 2019
- SILVA A. C.; FARIA DE; BORGES N. B.; SOUZA I. A.; PETERS V. M.; GUERRA M. O. **Toxicological screening of Euphorbia tirucalli L.:** developmental toxicity studies in rats. J Ethnopharmacol 110(1): 154-159. 2007.
- SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspetos relacionados ao
- SONTAG, S., 1984.. **A Doença Como Metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal
- SPINK, M. J. P., 1993. **O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial**. *Cadernos de Saúde Pública*. 9(3):303-307.
- TAUFNER, C. F.; FERRAÇO, E. B.; RIBEIRO, L. F. **Uso de plantas medicinais como alternativa fitoterápica nas unidades de saúde pública de Santa Teresa e Marilândia, ES**. 2006
- TAVARES, J. S. C. **Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas**, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.
- THUNÉ-BOYLE, ICV., STYGALL. L. J., KESHTGAR, M. R. S., DAVIDSON, T. I., & NEWMAN, S. P. (2011). **Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK**. *Psycho-Oncology*, 20(7), 771-782.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VARRICCHIO, M. C.B.N. et al. **Efeitos Toxicológicos Crônicos Do Látex Bruto De E. Tirucalli (Aveloz) Sobre Peso De Fígado E Baço Conforme Uso Tradicional: Um Estudo Preliminar**. *Revista Brasileira de Biologia e Farmácia – BIOFAR*. (on line), Numero 2- Volume 2 – I. 6 – I. 11, ISSN 1983-4209. 2008b.
- VERONA, A. P. de A. **Explanations for religious influence on adolescent sexual behavior in Brazil: direct and indirect effects**. *Revista Brasileira Estudos Populacionais*. Rio de Janeiro, v. 28, n.1, p. 187-201, jan./jun. 2011.
- WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**, p.10-130. São Paulo: Editora Pioneira, 1999.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto:

Pesquisador Responsável:

Nome do participante:

Data de nascimento:

R.G.:

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa “ _____ ” (*título do projeto*), de responsabilidade do (a) pesquisador (a) _____ (*nome*).

Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

1. O trabalho tem por objetivo descrever a visão da população do bairro da Santa Maria da Codipi sobre a prevenção e práticas de cura científicas e alternativas do câncer de mama.
2. A minha participação nesta pesquisa, é apenas como entrevistado para fornecer dados sobre as relações entre a população e o objetivo da pesquisa.
3. Durante a execução desta pesquisa poderão acontecer riscos do entrevistado sentir alguma emoção forte pelo fato do assunto referir-se a uma patologia bastante séria, podendo ser encerrada a entrevista a qualquer momento a pedido do entrevistado.
4. Ao participar desse trabalho contribuirei com as informações sobre a visão que a população tem sobre câncer de mama no bairro.
5. A minha participação neste projeto terá a duração do tempo necessário a entrevista

que será em torno de 5 a 20 minutos.

6. Não terei nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderei deixar de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerei qualquer prejuízo.

Rubrica do pesquisador: _____.

Rubrica do participante: _____.

APENDICE II

Entrevista com as pacientes da Unidade Básica de Saúde, Santa Maria da Codipi, moradoras do bairro.

1. Para você, o que é câncer de mama?
2. Como você ver o tratamento e a prevenção do câncer de mama?
3. O que você considera mais importante durante a prevenção e o tratamento do câncer de mama?
4. Como você ver os métodos não científicos de prevenção e cura do câncer de mama?
5. Você acredita na ciência para prevenção e cura do câncer de mama?
6. Você faz ou faria algum método de prevenção e cura do câncer de mama que não seja feito pelo médico da medicina comum?