

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA: A CONTRIBUIÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS¹

Alberto Manuel Quintana *
Zulmira Newlands Borges **
Aline Maria Tonetto ***
Debora Silva De Oliveira **
Beatriz Teixeira Weber ****
Irene L. T. Russowsky *****

RESUMO

Este trabalho se propõe a trazer uma contribuição às campanhas de prevenção do câncer de mama, para tal fim objetiva realizar uma aproximação das representações que mulheres de grupos populares têm em relação a essa doença. Em congruência aos objetivos pretendidos foi empregada uma metodologia qualitativa utilizando como instrumentos entrevistas semi-estruturadas e grupos de discussão. O material foi trabalhado a partir da "Análise de Discurso" e da "Análise de Conteúdo". Os resultados obtidos indicam que as mulheres pesquisadas vêem o câncer de mama como uma doença que, por ser considerada incurável, as coloca numa situação de total desamparo. No imaginário dessas mulheres o câncer é uma doença que existe de forma latente em todas as pessoas, pelo qual as causas que a originam estão ligadas a situações que fazem acordar esse mal adormecido, como por exemplo: não amamentar; um machucado ou batida no seio. A forma de tratamento que esse grupo associa ao câncer de mama é a cirurgia, contudo, seus resultados são vistos mais como uma forma de acelerar a evolução da doença que como uma possibilidade de cura. Em função da análise do material se conclui que no grupo pesquisado existe uma representação do câncer de mama diferente da que alicerça as campanhas de prevenção, portanto para uma maior eficácia das mesmas torna-se necessárias mudanças nas ações baseadas nas representações do público alvo. Finaliza-se o trabalho sugerindo, a partir dos dados da pesquisa, alguns procedimentos que podem contribuir para uma maior eficácia nas medidas preventivas.

Palavras-chave: Câncer de mama. Prevenção. Representações Sociais. Psico-oncologia.

INTRODUÇÃO

O câncer se encontra entre as primeiras causas de morte do Brasil. Somente na Região Nordeste, ocupa o terceiro lugar, enquanto em todas as demais regiões, as neoplasias ficam em segundo lugar, logo após as doenças cardiovasculares (BRASIL, 1997). As neoplasias não somente estão entre as maiores causas de morte por doenças como também são a segunda causa de internação com custo médio mais oneroso no Brasil, entre os anos 1991 e 1996, ficando somente atrás das Anomalias Congênitas (BRASIL, 1997). Assim, percebe-se que o câncer não é somente um problema de países industrializados, ele está presente também

no Brasil, onde as taxas de incidência dessa doença vêm crescendo nos últimos anos e já se aproximam daquelas apresentadas em países desenvolvidos (REZENDE; BOTEGA, 1998). Ao concentrar a atenção na população feminina, verifica-se que, dentre as diferentes formas de câncer, o cérvico-uterino e o de mama constituíram nas principais causas de óbitos na população feminina de quinze anos ou mais (BRASIL, 1994; KULDELKA, VERSHRAGEN; KAVANAGH et al., 1997). As estimativas são de que esse tipo de neoplasia continue crescendo e seja responsável pelo maior número de casos novos de câncer registrados (BRASIL, 2002). Por não existir a possibilidade de uma prevenção primária, a melhor ação visando à diminuição da

¹ Este trabalho foi realizado com apoio das instituições FAPERGS e CNPq.

* Psicólogo. Doutor em Ciências Sociais. Professora Adjunto do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Educação da UFSM.

** Antropóloga. Doutora em Antropologia Social. Professora Adjunta do Departamento de Sociologia e Política da UFSM.

*** Psicólogas. Mestrandas da UFRGS.

**** Historiadora. Doutora em História. Professora Adjunta do Departamento História da UFSM.

***** Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Neonatológica. Enfermeira do HUSM-UFSM.

mortalidade causada por esse tipo de neoplasia seria o diagnóstico precoce. Com efeito, após o tumor ter ultrapassado os estágios I e II, o tratamento do câncer de mama tem sua eficácia reduzida. Ainda assim, em torno de 50% dos casos são diagnosticados nos estádios III e IV (BRASIL, 1996).

Um outro fator importante nesse contexto é a relação existente entre o custo dos recursos necessários para o tratamento e o estágio no qual o câncer é diagnosticado, pois, quanto mais avançado o estágio da doença, maior é o número de procedimentos necessários. Ao incluir-se a recidiva, esse número é multiplicado. Além disso, ao considerar a sobrevida das pacientes, observa-se que essa se reduz drasticamente na medida que o estágio da doença avança (BRASIL, 1997), ficando evidente a importância de uma campanha que vise a um diagnóstico precoce, a qual alia um maior benefício para o paciente a um menor custo econômico.

Dentre as diferentes ações de controle do câncer de mama podem-se encontrar: auto-exame das mamas; exame clínico das mamas e exames complementares. Contudo, o auto-exame, principalmente nas populações de baixa renda, ainda se constitui no principal método de diagnóstico. De fato, em 90% dos casos, é a própria mulher quem descobre as alterações em sua mama (BRASIL, 1994). Essa descoberta, geralmente, é resultado de um processo acidental (durante o banho ou após um pequeno traumatismo no seio) determinando que, no momento da descoberta, esses tumores já se encontram bastante desenvolvidos (BRASIL, 1996).

Assim, se, por um lado, as maiores esperanças de controle do câncer de mama em populações de baixa renda está focalizada no auto-exame das mamas, por outro, observa-se que, não obstante os esforços na divulgação dessa forma de prevenção, esta tem pouca penetração no público alvo. É no sentido de auxiliar no conhecimento das causas que dificultam a penetração das campanhas de prevenção centradas no auto-exame que se orienta este trabalho.

O planejamento das ações

Acredita-se que um dos entraves nos quais esbarram as campanhas de prevenção está

localizado num certo etnocentrismo que permeia esses programas. De fato, estes são planejados sem considerar a existência das diferenças culturais entre aqueles que os concebem e os destinatários da ação. Entretanto, todos os programas objetivam uma mudança nos comportamentos da população. Porém, tal mudança, necessariamente, vai estar vinculada aos valores, crenças e conceitos presentes no grupo ao qual se dirigem as campanhas, e que, na maioria das vezes, são desconhecidos por aqueles que planejam as ações. Assim, uma análise dessas campanhas permite observar que seus organizadores acreditam que uma comunicação realizada a partir do lugar da ciência oficial será suficiente para modificar os universos simbólicos das camadas populares. Todavia, o que se observa, após as intervenções, é algo muito diferente: esses grupos reinterpretam parte das orientações e ignoram aquelas que se confrontam com sua própria visão de mundo.

O planejamento estratégico é um método que fornece subsídios que auxiliam a compreensão desse impasse, ao incluir, na etapa de planejamento das campanhas, aqueles fatores que tradicionalmente são ignorados pelos criadores dos programas. Trata-se, aqui, de aspectos subjetivos, como desejos, valores, crenças e sentimentos, os quais têm relevância fundamental na adesão ou não da população aos programas, mostrando que a realidade é um fenômeno complexo e, portanto, é um fator cuja compreensão se faz imprescindível para alcançar os objetivos das campanhas sanitárias (SÁ, 1995).

Ao se implementar uma ação de saúde junto a grupos populares, deve-se ter presente que, antes da intervenção, esses grupos já possuem uma representação sobre as diferentes formas da doença e dos procedimentos terapêuticos através dos quais as mesmas devem ser tratadas, situação que, na maioria das vezes, é ignorada pelos planejadores. Esse fato acaba por colaborar com o insucesso das campanhas, uma vez que não se trata de somente transmitir informação, mas de realizá-lo de tal maneira que implique numa mudança de comportamento por parte da população (ANDRADE; COELHO, 1997).

A propósito, agir como se o público alvo não tivesse nenhuma opinião sobre o tema a ser abordado pelas campanhas de prevenção parece ser um pressuposto implícito em diferentes ações de saúde. Contudo, vários autores (BERLINGUER, 1988; BOLTANSKI, 1984; DUARTE, 1986; LOYOLA, 1984; MONTERO, 1985) demonstraram, em suas pesquisas, que todo grupo social tem representações sobre aqueles males a que seus corpos estão submetidos. Portanto, ao aproximar-se de um grupo social, neste caso, um grupo popular, deve-se considerar que este já possui um “saber” sobre o câncer, as suas causas, o seu modo de tratamento, etc.

Com efeito, pode-se constatar que essa população apresenta um conjunto de representações através das quais dão um sentido às diferentes formas de sofrimento que as atingem.

Este trabalho procura, então, fornecer elementos que favoreçam a compreensão dessas diferentes formas de representação em relação ao câncer e, mais especificamente, ao câncer de mama, passo anterior e necessário a qualquer implementação de uma campanha de prevenção dessa patologia.

OBJETIVO

O que se procura nesta pesquisa é conhecer a maneira como mulheres de uma vila de periferia representam o câncer de mama e suas técnicas de tratamento.

METODOLOGIA

É nesse sentido que este trabalho lança mão do conceito de Representações Sociais, criado na França por Moscovici (1978) e retomado, no Brasil, por vários pesquisadores, dentre os quais se destacam Guareschi e Jovchelovitch (1995), Pereira (1998) e Spink (1995). As Representações Sociais são construções que permitem ao sujeito se orientar no seu meio, uma vez que é através delas que se situa no mundo, definindo, assim, sua identidade social e também seu modo particular de ser (SPINK, 1995).

É através dessas representações que as pessoas transformam algo desconhecido em familiar. Desse modo, tudo aquilo que defronta o sujeito com o real lhe estaria exigindo uma representação (PEREIRA, 1995). Assim, tudo o que é estranho, desconhecido, incompreensível, passa a ser integrado nesse universo preexistente, processo que, no estudo das representações sociais, é denominado ancorar (VANZOLINI, 1995). Daí a importância de, antes de implementar-se uma campanha de prevenção, obter-se o conhecimento sobre a forma pela qual a população alvo representa a doença e as suas terapêuticas.

Devido ao interesse em conhecer a trama de significados que povoam os universos simbólicos das mulheres de uma vila de periferia, no que se refere ao câncer de mama e suas formas de tratamento, escolheu-se uma metodologia qualitativa, optando-se pelas técnicas de entrevistas semi-estruturadas e grupos de discussão. Nas entrevistas, não existia um roteiro predeterminado; assim, a ordem dos assuntos não obedeceu a uma seqüência fixa organizada pelo pesquisador. Os temas surgiam em função das preocupações das próprias entrevistadas (MINAYO, 1996). Contudo, eixos norteadores sobre assuntos a serem abordados tanto nos grupos de discussão como nas entrevistas foram definidos. Estes foram: descrição do câncer; evolução; tipos; gravidade; causas da doença; formas de tratamento; e formas de prevenção.

Como nosso objetivo era trabalhar com pessoas de grupos populares foi escolhida uma das vilas da cidade de Santa Maria denominada de Vila Schirmer. A mesma faz parte do Bairro João Goulart e sua população, aproximadamente dez mil moradores, é de um nível sócio-econômico médio-baixo desenvolvendo principalmente atividades na construção civil, na ferrovia e como catadores de papel. Entre a população feminina a atividade principal é a de empregada doméstica, sendo que a maioria das pessoas entrevistadas se ocupava do cuidado da casa não realizando trabalhos fora. Dentre as mulheres contatadas foram incluídas na pesquisa somente aquelas que tinham acima de vinte anos de idade.

Após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Universidade Federal de

Santa Maria, realizaram-se um total de dezoito entrevistas e três grupos de discussão com mulheres moradoras da vila anteriormente indicada. A limitação da amostra de participantes nesse número foi determinada pelo critério de saturação da amostra evidenciado pela falta de novas categorias e a repetição daquelas já identificadas. De fato, conforme Moraes (2003) a saturação é atingida quando a introdução de novas informações nos produtos da análise já não produz modificações nos resultados anteriormente atingidos. Isso implicou que a escolha do número não foi anterior ao trabalho de campo e sim determinado na medida em que as entrevistas iam sendo realizadas e analisadas. A escolha das pessoas entrevistadas foi feita de forma aleatória. Sempre antes de realizar entrevistas era efetuada uma demarcação, num mapa da referida vila, das ruas em que se trabalharia na ocasião. Uma vez no local, se contatava as moradoras dessa rua e explicava-se que a pesquisa objetivava conhecer que pensavam as mulheres de mais de vinte anos, residentes nessa localidade, sobre as doenças por elas conhecidas. Após isso se solicitava o consentimento das mesmas para a sua participação na pesquisa.

As entrevistas aconteceram nas casas das entrevistadas e foram gravadas após obter a permissão para tal fim; tendo uma duração média de cinquenta minutos. Para os grupos de discussão, a forma de escolha dos sujeitos da pesquisa era a mesma, sendo que, com aquelas pessoas que concordavam em participar, era estipulado o dia, a hora e o local para a realização das discussões em grupos. Os locais selecionados foram um salão pertencente à Pastoral da Saúde localizada na comunidade e uma sala de aula da escola local. Nos grupos, era incentivada a discussão sobre temas relativos à saúde e, na medida em que se fazia referência ao câncer, era fomentado o aprofundamento desse assunto. Os eixos norteadores foram os mesmos das entrevistas. Os grupos eram filmados, para facilitar a transcrição das falas, tendo uma duração de aproximadamente noventa minutos cada um.

As fitas eram posteriormente transcritas e analisadas de acordo com a metodologia de “Análise de discurso” (LAVANDERA, 1990; ORLANDI, 1993) e “Análise de Conteúdo”

(BARDIN, 1991; MORAES, 2003). Através da leitura exaustiva das falas as entrevistadas eram separadas em unidades de análise considerando aquelas temáticas que se apresentavam com maior força nos relatos, seja por sua repetição numa mesma narrativa ou em diferentes entrevistas, seja pela carga emocional manifestada pela entrevistada. Essa carga emocional foi identificada através da análise da conotação dos adjetivos usados como ruim, monstruoso, mau, bem como através da ocorrência de silêncios prolongados e significativos ou da expressão de emoções como tristeza, temor e ansiedade. Noutras palavras levou-se em consideração aquelas manifestações que por repetição, contradição, mudança do conteúdo emocional, implicavam numa ruptura do discurso (ORLANDI, 1993).

Assim, as categorias que aparecem no trabalho são, segundo a definição de Moraes (2003), categorias emergentes com exceção da 3.4 O auto-exame e a prevenção do câncer de mama a qual era um dos eixos norteadores das entrevistas e foi mantido como uma categoria a priori pois a sua análise se tornou relevante por se constituir um ponto chave do trabalho de pesquisa. Assim, embora no discurso dessa população a prevenção não era um tema recorrente, as entrevistadas eles foram incentivadas a falar sobre ela.

As falas que se encontram no texto foram assim retiradas das entrevistas ou dos grupos de discussão e transcritas tal qual foram narradas pelas mulheres entrevistadas.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

O pânico

Ao defrontar-se com a doença a pessoa é remetida a uma situação de desamparo absoluto. Segunda a concepção desse grupo, o câncer é algo pior do que a morte. De fato, essas mulheres temem a morte; porém, têm horror ao câncer. Isso fica evidente nas idéias suicidas que muitas manifestam ao receberem o diagnóstico que revela um carcinoma mamário (QUINTANA; ROSSOWSKY; SANTOS; WOLFF, 1999). A doença não é vista como algo que a pessoa possa contrair, mas como um ser estranho inserido no corpo do paciente. Por vezes se apresenta um

tanto indefinido, sendo identificado somente como uma expressão do mal.

Ah, agora eu tô me sentindo assim bem mais... até tô mais alegre, mais... sabendo que saiu uma coisa ruim que tava dentro de mim, né, ... Não falo o nome senão ele vem ... (M., 38 anos).

Uma forma muito comum de denominar o câncer sem precisar nomeá-lo é por meio da expressão coisa ruim; uma vez que é considerada uma doença incurável que leva a pessoa, invariavelmente, à morte após um grande sofrimento.

(...) eu acho que a esperança, não adianta, é pouca a esperança dessa pessoa, apesar de ter fé (...) Eu acho que é a pior das doenças... que até hoje não conseguiram uma cura, né? Muito difícil. (T., 47anos).

O monstro adormecido

Diversos são os fatores assinalados como origem do câncer de mama. Vários deles se alicerçam na opinião de que o câncer existiria em todas as pessoas. É nesse sentido que as principais causas apontadas são aquelas que poderiam despertar este monstro adormecido.

Não ter amamentado está dentro desses fatores de risco do câncer de mama.

(...) quem sabe foi porque o meu guri não mamou no peito e o leite endureceu ... (M., 38 anos).

O câncer de mama eu acho que é de não amamentar (Z., 40 anos).

Esta relação entre o câncer de mama e o fato de não amamentar está alicerçada em dois fatores. Por um lado, é consequência da assimilação de um discurso oficial, o qual, durante vários anos, apontou esse fator como uma das possíveis causas do câncer de mama este fator. Contudo, tal discurso somente adquire força junto a essa população ao vir ao encontro de um segundo fator, uma concepção de saúde, própria dos grupos populares, na qual o acúmulo é um elemento gerador de doenças. De fato, para essa população, o livre fluxo das substâncias é a garantia de um corpo saudável (BOLTANSKI, 1984; DUARTE, 1986; QUINTANA, 1990).

Nesse sentido, não amamentar implica na ruptura do fluxo normal do leite, o que provocaria um acúmulo que pode vir a estimular esse câncer que já existiria em todas as pessoas, colocando-o em atividade.

Nessa linha de raciocínio, situa-se a idéia do machucado como causa estimuladora do câncer ao retirá-lo de sua letargia.

Câncer todo mundo tem, só não pode machucar, todo mundo tem uma parte do corpo que tem Câncer, só não pode apertar, machucá. (E., 22anos).

A explicação predominante para a origem do câncer está ligada a uma concepção de fatalidade: se alguém tem que ficar doente e morrer, nada do que possa fazer vai permitir burlar o seu destino. Acredita-se, nessa visão, que indo ao médico ou não, o caminho da pessoa já estaria traçado.

Eu acho que é por destino. (V.R., 30 anos).

O tratamento cirúrgico

O tratamento mais associado ao câncer é a cirurgia. Porém, essa forma de tratamento não é vista com esperança pela população estudada; pelo contrário, ela é temida e identificada como um fator acelerador do processo cancerígeno. Se levarmos em conta que, na concepção dessa população, o câncer é uma doença incurável cuja atividade aumenta em função de estímulos que incidem sobre ela, a cirurgia não somente fracassaria na tentativa de cura como também teria o efeito secundário iatrogênico de acelerar o processo mórbido.

(...) tem uma senhora amiga minha, que ela tem câncer, ela nunca quis tratar, né, (...) ela nunca quis operar nem nada, né, porque ela ficou assim e todo mundo diz que depois que mexe ..., né. Tá a beira da morte, então ela não quis, e já faz 8 anos que ela descobriu (E., 21anos).

Se evidencia aqui uma crença, por parte dos sujeitos da pesquisa, de que não somente que o câncer é incurável, como também que o processo cirúrgico piora a situação do paciente e prejudica a sua sobrevivência. Ainda que a pessoa venha a morrer de câncer, parece existir a idéia

de que a não realização da cirurgia possibilita uma melhor qualidade de vida.

Essas pessoas consideram que o doente com câncer, quando entra no hospital e realiza uma cirurgia para tratar da doença, nunca mais vai conseguir voltar para casa. A partir desse momento, somente lhe restaria uma longa e sofrida agonia que terminará com a morte.

(...) muitas vezes eu acho que nem é bom operá... porque eu já ouvi casos, convivi com vizinhos, com tudo, que eles foram operados e dali pra frente, só deram pra trás, não tiveram mais chance de se recuperá. Lá (...) um Sr. que ele tinha câncer no rim, nos rins, ele foi operado, depois ele, ele antes dele ser operado ele andava, sentava e tudo, depois que ele se operô ele nunca mais sentô. E aí durou o quê, nem dois meses. Eu acho que raramente tem chance depois da operação... (T., 47 anos).

Ai, nem sei, 7 ou 8 meses. Depois que abriu é rápido né. Depois que abre um câncer, ele... (T.2, 72 anos)

O auto-exame e a prevenção do câncer de mama

Observou-se, no trabalho, que o auto-exame não é visto como um procedimento importante por essa população. Esse exame é desconhecido para um número razoável de entrevistadas sendo, por vezes, confundido com os exames clínicos ou laboratoriais. Uma entrevistada, ao ser perguntada sobre com que frequência realizava o auto-exame, responde:

Eu só faço quando vou no médico (R., 32 anos).

Noutra ocasião, ao abordar, durante uma entrevista, a questão do auto-exame, Dona T.2 de setenta e dois anos, dá o seguinte depoimento, onde fica clara a confusão entre este tipo de exame e outros exames laboratoriais.

É, isso aí é muito bom, por que daí a gente descobre se tem alguma coisa, né. Eu já fiz uns esses dias. Era computadorizado (T.2, 72 anos).

Por outro lado, as mulheres que demonstram ter conhecimentos sobre o auto-exame colocam-

no em segundo plano em relação ao exame clínico ou laboratorial, considerando estes, sim, como de comprovada eficácia.

(...) durante o banho né, que se tá com o corpo ensaboado, com os dedos, né, se toca na mama para ver se está com algum nódulo ou deitada também dá para fazer, né, mas o que mais detecta é a mamografia, né, é ela mesmo, né. (N., 30 anos).

Esse fato pode estar relacionado à pouca valorização que os médicos atribuem às percepções que pacientes de grupos populares manifestam sobre o próprio corpo (BOLTANSKI, 1984).

Em relação às campanhas publicitárias, estas são vistas como uma forma de divulgar o assunto, mas os médicos ainda são identificados como aqueles com quem as pacientes realmente aprenderam a realizar o auto-exame.

Existe, no discurso explícito das mulheres objeto da pesquisa, uma aparente valorização das atividades preventivas, contudo, o seu discurso implícito as desqualifica. Com efeito, ao serem questionadas sobre medidas preventivas, as entrevistadas respondem afirmando o caráter positivo de um diagnóstico precoce. No entanto, essas afirmações são anuladas por um discurso, que, de forma indireta, afirma a ineficácia das medidas preventivas, sem, porém, ser assumido como próprio, mas atribuído a um outro. Isso pode ser entendido como uma estratégia que visa driblar a relação de poder que, queira ou não, se estabelece entre entrevistado e entrevistador, na medida em que aquele que realiza as entrevistas é visto como alguém muito próximo dos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Pontos a serem pensados

Observa-se, no grupo pesquisado, a existência de um tipo de representação social do câncer de mama que se coloca como uma das grandes barreiras no tratamento e na prevenção do mesmo, sobretudo no que se refere ao auto-exame mamário. Levando em conta os resultados da pesquisa, indicamos atitudes que,

ao nosso entender, poderiam contribuir para uma maior eficácia das medidas preventivas.

Muitas campanhas, principalmente aquelas desenvolvidas nas vilas de periferia, utilizam, nas palestras proferidas, slides mostrando estágios avançados da doença. Julga-se que esta estratégia não seria a mais adequada, uma vez que reforça a crença de ser o câncer uma doença incurável, aumentando a associação entre câncer e morte. Assim, recomenda-se uma prioridade à divulgação das probabilidades de cura em estágios precoces. Em campanhas que estejam acompanhadas de imagens, sugere-se a utilização daquelas que minimizem as alterações após a cirurgia.

É necessário reforçar, entre os médicos, a necessidade de eles explicarem pessoalmente a maneira de realização do auto-exame mamário.

Ademais, durante a realização de campanhas de prevenção, é preciso enfatizar a diferença entre o auto-exame e outros exames clínicos e laboratoriais.

Por fim, deve-se trabalhar com as equipes de saúde, principalmente os médicos e enfermeiros, a necessidade de estes valorizarem as percepções que a população manifesta sobre seus sintomas e suas manifestações corporais. Isto viria a possibilitar que os grupos populares visualizassem a importância do papel de suas próprias percepções no diagnóstico das doenças.

BREAST CANCER PREVENTION: THE CONTRIBUTION OF SOCIAL REPRESENTATIONS

ABSTRACT

This work aims at making a contribution to breast cancer prevention campaigns. In order to reach this objective, it intends to approach the representations given to this disease by women of popular groups. According to the purpose of this work, a qualitative methodology was employed, using semi structured interviews and discussion groups as instruments. The material was followed up by Speech Analysis and Content Analysis. The results obtained indicate that women who participated in the study perceive breast cancer as an incurable disease that puts them into a situation of complete hopelessness. In their minds, cancer is a disease that exists in a latent status in all people and the factors that cause it are linked to situations, such as having the breast wounded or hurt or having not experienced breast feeding, might provoke the awakening process of this *sleepy evil*. This group relates surgery as the way of treating breast cancer. However, surgery results are mostly conceived as a process of accelerating the progress of the disease, rather than healing it. After the analysis of the material, it is concluded that the researched group has a different representation of breast cancer from the ones that support prevention campaigns. Therefore, changes are needed regarding the actions based on the representations of the target group if more effectiveness on the campaigns is to be attained. Furthermore, data gathered on the research suggests that some procedures might contribute to a better effectiveness concerning preventive measures.

Key words: Breast cancer. Prevention. Social Representations. Psycho-Oncology.

PREVENCIÓN EN CÁNCER DE MAMA: LA CONTRIBUCIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

RESUMEN

Este trabajo se propone traer una contribución a las campañas de prevención del cáncer de mama, para tal fin objetiva realizar una aproximación de las representaciones que mujeres de grupos populares tienen en relación a esa enfermedad. En congruencia a los objetivos pretendidos fue utilizada una metodología cualitativa utilizando como instrumentos entrevistas semi-estructuradas y grupos de discusión. El material fue examinado teniendo como fundamento el "Análisis de Discurso" y el "Análisis de Contenido". Los resultados obtenidos indican que las mujeres pesquisadas perciben el cáncer de mama como una enfermedad que, por ser considerada incurable, las coloca en una situación de total desamparo. En el imaginario de esas mujeres, el cáncer es una enfermedad que existe de forma latente en todas las personas, por eso las causas que la originan están vinculadas a situaciones que hacen despertar ese mal adormecido, como por ejemplo: en el amamantar, una lastimadura o golpe en el seno. La forma de tratamiento que ese grupo asocia al cáncer de mama es la cirugía, así, sus resultados son vistos más como una forma de acelerar la evolución de la dolencia, que como una posibilidad de cura. En función del análisis del material se concluye que en el grupo pesquisado existe una representación del cáncer de mama diferente de la que fundamenta las campañas de prevención, por tanto, para una mayor eficacia de las mismas son necesarias modificaciones basadas en las representaciones del público objeto de la acción. Se finaliza el trabajo sugiriendo, a partir de los datos de la pesquisa, algunos procedimientos que pueden contribuir para una mayor eficacia en las medidas preventivas.

Palabras Clave: Câncer de mama. Prevención. Representaciones Sociales. Psico-Oncología.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Vera; COELHO, Maria Alice Sigaud Machado. O processo educacional na promoção de ações comunitárias em Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 57-63, jan./mar. 1997.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1991.
- BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer cérvico-uterino e de mama: normas e manuais técnicos**. 3. ed. rev. Rio de Janeiro, 1994.
- _____. **Falando sobre doenças de mama: Pro-Onco**. Rio de Janeiro, 1996.
- _____. **O problema do câncer no Brasil: Pro-Onco**. 4. ed. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1997.
- _____. **Câncer de mama**. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/cancer/tipos/mama.html>>. Acesso em: 27 maio 2002.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1986.
- GUARESCHI, Pedrinho Arcides; JOVCHELOVITCH Sandra (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- KULDELKA, Adrely; VERSHRAGEN, Claire; KAVANAGH, John; GUEDES NETO, Ernesto de Paula; BRODT, Cristina da Cunha; DIETERICH, Márcia Denise Dias; SPAGNOLI, Renato de Araújo; WINK, Rosane Ferreira; MATTIELLO, Simone Silva. Carcinoma secundário de mama por tumor metastático de ovário: relato de dois casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 205-208, jul./set. 1997.
- LAVANDERA, Beatriz. **Curso de lingüística para el análisis del discurso**. Buenos Aires: Bibliotecas Universitarias, 1990.
- LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MONTERO, Paula. **Da doença à desordem, a magia na umbanda**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- MORAES, Roque. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 9, n. 2, p.191-211, jul./dez. 2003.
- MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1978.
- ORLANDI, Eni de Lurdes Pulcinelli. **Discurso e leitura**. São Paulo: Cortez, 1993.
- PEREIRA, Celso de Sá. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: _____. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.
- SPINK, Mary Jane Paris (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. cap. 2, p. 21-40.
- QUINTANA, Alberto Manuel. Um estudo sobre a representação da doença mental em populações periféricas. **Psicologia Clínica: Pós-graduação & Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 31-42, ago. 1990.
- QUINTANA, Alberto Manuel; ROSSOWSKY, Irene; SANTOS, Luis Humberto; WOLFF, Leila. Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 45-52, out./dez. 1999.
- REZENDE, Vera Lúcia; BOTEGA, Neury José. Grupo de apoio psicológico a mulheres com câncer de mama: principais fantasias inconscientes. **Estudos de Psicologia**, Campinas, SP, v. 15, n. 1, p. 39-48, jan./abr. 1998.
- SÁ, Maria Castilho. A complexidade da realidade, os problemas de saúde e o planejamento possível: a necessidade de uma abordagem interativa. In: PITTA, Aurea Maria da Rocha. (Org.). **Saúde & comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: Hucitec, 1995. cap. 5, p. 196-216.
- SPINK, Mary Jane Paris. **O conhecimento no cotidiano: as representações na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- VANZOLINI, Maria da Silva Leme. O impacto da teoria das representações sociais. In: SPINK, Mary Jane Paris. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. cap. 2, p. 46-57.

Endereço para correspondência: Alberto Manuel Quintana, Rua Tiradentes, 23 Apto 701. Santa Maria – RS. CEP: 97050-730. E-mail: albertoq@csh.ufsm.br

Recebido em: 12/08/2004

Aprovado em: 28/03/2005