

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

PRICILLA EMANUELLY DE OLIVEIRA

**A VISÃO DAS PACIENTES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O
PROCESSO DE ADOECIMENTO NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO**

BRASÍLIA (DF)

2012

PRICILLA EMANUELLY DE OLIVEIRA

**A VISÃO DAS PACIENTES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O
PROCESSO DE ADOECIMENTO NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO**

**BRASÍLIA (DF)
2012**

Oliveira, Pricilla Emanuely

A visão das pacientes e dos profissionais de saúde sobre o processo de adoecimento no tratamento do câncer de colo de útero / Pricilla Emanuely de Oliveira. - 2012.

52f.

Monografia (graduação) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2012.

Orientação: Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães, Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

1. Câncer de colo uterino. 2. Processo de adoecimento. 3. Procedimentos terapêuticos. I. Título.

PRICILLA EMANUELLY DE OLIVEIRA

**A VISÃO DAS PACIENTES E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS
PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO
DE ÚTERO**

Monografia aprovada em 01/10/ 2012.

Banca Examinadora

Aldira Dominguez

Pedro Jabur

Sílvia Guimarães

**BRASÍLIA (DF)
2012**

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivos compreender a visão das pacientes com câncer de colo de útero sobre o processo de adoecimento e os procedimentos terapêuticos que experimentam, além de apresentar uma análise do conteúdo das falas dos profissionais de saúde sobre as pacientes, o câncer e as tecnologias empregadas no tratamento. São descritas as formas de tratamento radioterápico, que inclui a teleterapia e a braquiterapia, e quimioterápico realizados no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Os tratamentos do câncer de colo de útero provocam uma série de consequências físicas e emocionais na mulher, assim, as pacientes submetidas a esses tratamentos passam por uma ruptura biográfica e elaboram mecanismos para “cuidar de si”. A metodologia utilizada foi a etnografia, com aplicação de questionários semi estruturados, anotações em diário de campo e observação participante.

Palavras-chave: câncer de colo uterino, visão de corpo, tratamentos, braquiterapia, tecnologias empregadas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: APROXIMANDO-SE DO PROBLEMA	09
2 METODOLOGIA	14
3 DELINEANDO OS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS E AS TECNOLOGIAS USADAS	18
3.1 QUIMIOTERAPIA	20
3.2 RADIOTERAPIA	21
3.2.1 Teleterapia	22
3.2.2 Braquiterapia	23
3.3 HORMONIOTERAPIA	26
3.4 TERAPIA ALVO	26
3.5 SOBRE A DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS	27
4 TRANSFORMAÇÃO DA CORPORALIDADE DAS PACIENTES E A RUPTURA BIOGRÁFICA: “ESTOU DOENTE, E AGORA?”	29
5 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO POR PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS DIVERSOS	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	49
QUESTIONÁRIO INICIAL (MULHERES/COLABORADORAS)	49
QUESTIONÁRIO INICIAL (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)	52

1 INTRODUÇÃO: APROXIMANDO-SE DO PROBLEMA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 2011 a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer no Brasil para o ano de 2012. No universo feminino, os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide (INCA, 2011). De acordo com a medicina oficial, o câncer engloba um conjunto de doenças que apresenta como elemento comum o crescimento desordenado de células, invasoras de tecidos e órgãos, podendo provocar metástases em algumas regiões do corpo (MARUYAMA, 2004). O câncer de colo de útero é o segundo tumor mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Por ano, faz 4.800 vítimas fatais e apresenta 18.430 novos casos (INCA, 2011). A intenção deste trabalho é compreender como mulheres que apresentam câncer de colo de útero pensam e vivem esse processo de adoecimento, sua corporalidade e as técnicas terapêuticas disponíveis no Sistema Único de Saúde. No Hospital Universitário da Universidade de Brasília (HUB), as pacientes com esse tipo de câncer vivenciam procedimentos terapêuticos marcados pelo uso de tecnologias como a quimioterapia e a braquiterapia. A intenção deste projeto é tentar compreender como essas mulheres percebem a transformação dos seus corpos a partir do diagnóstico, como vivenciam esses procedimentos e como se reconstituem como sujeitos nesse processo. Além disso, pretende analisar o conteúdo das falas dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento do câncer sobre as pacientes, o câncer e as tecnologias usadas.

Segundo Pinotti et al (2008), o câncer de colo de útero é um dos principais problemas de saúde pública do mundo. Produz grande número de mortes na população de mulheres jovens e economicamente ativas, que desempenham importante papel social, seja no mercado de trabalho ou como centralizadoras das atribuições familiares. O principal fator de risco para o câncer de colo de útero é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). A infecção por este tipo de vírus vem apresentando aumento de prevalência, podendo atingir de 10 a 40 % das mulheres. Sendo que, atualmente, a infecção genital pelo HPV é reconhecida como um das doenças sexualmente transmissíveis mais comuns, de acordo com o Centro de

Controle de Doenças dos Estados Unidos (PINOTTI et al, 2008). No entanto, de acordo com estudos biomédicos, os fatores socioeconômicos e ambientais, além dos hábitos de vida, que incluem a atividade sexual precoce (16 anos ou menos), história de múltiplos parceiros, o tabagismo ativo ou passivo, os hábitos inadequados de higiene e o uso prolongado de contraceptivos orais, também são identificados como fatores de risco para o desenvolvimento da doença (PINOTTI et al, 2008). Portanto, ainda segundo esses estudos, trata-se de um problema de saúde pública que necessita de um aparato global para saná-lo, ou seja, social, econômico, político, físico e emocional (ANJOS, 2005). No entanto, o que se observa na prática é um processo de adoecimento estigmatizado, mulheres que vivem imersas em redes de relações sociais que as condenam e aprisionam sob o estigma de doentes. A própria terapêutica envolvida, também, estigmatiza essas mulheres e violentam suas corporalidades, conforme veremos a seguir.

As alterações das células que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente no exame preventivo (Papanicolau), por isso é importante a sua realização periódica (INCA, 2011). Em estágios iniciais é uma doença assintomática, demorando muitos anos para se desenvolver. Trata-se de uma neoplasia com elevadas taxas de ocorrência, apesar de ser um dos tumores com maiores possibilidades de prevenção, graças ao simples método de rastreamento de suas lesões precursoras (PINOTTI et al, 2008). O diagnóstico é realizado por meio de biópsia e o tratamento é indicado tendo como parâmetro a avaliação da localização, tamanho e tipo histológico do tumor, a idade e as condições gerais de saúde da mulher. A medicina vem desenvolvendo tecnologias e procedimentos terapêuticos que levam a cura de diversas doenças e que tem aumentando a expectativa de vida das pessoas. No entanto, muitos dos métodos de diagnósticos e os tratamentos altamente sofisticados, ao mesmo tempo em que prolongam a vida do paciente, são agressivos, aumentando o sofrimento e ansiedade dos pacientes (ANJOS, 2005). Nessa lógica terapêutica, o foco principal ou os elementos de maior preocupação dos profissionais de saúde, em geral, recai sobre as próprias tecnologias, o corpo biológico do paciente e a eficácia do procedimento ou cura. Assim, a pessoa e sua vivência do processo ou experiência do adoecimento não são levadas em consideração. Isso demonstra um contraponto, pois ao lado de um desenvolvimento tecnológico sofisticado acompanhado pelo escrutínio do corpo

humano e a especialização no trato do mesmo, há uma limitação na construção da relação médico-paciente e na observação do paciente em sua totalidade e singularidade. A principal preocupação da medicina tem sido tratar a doença, utilizando todos os meios possíveis a sua disposição. Enfim, o modelo da medicina moderna está orientado principalmente para a descoberta e quantificação da informação físico-química sobre o paciente, e não para fatores sociais, emocionais, culturais, entre outros. Isso significa que o médico, quando confrontado com os sintomas de um paciente, tenta, antes de qualquer coisa, relacioná-los a algum processo biológico. Além disso, cada vez mais a medicina moderna baseia-se na tecnologia diagnóstica para coletar e medir os fatos clínicos, o que implica numa mudança nas formas subjetivas para as formas objetivas de diagnóstico (HELMAN, 2003). Exemplifica esse movimento da medicina uma artigo publicitário do Hospital do Coração (HCor), o qual chama atenção para a produção de uma “medicina personalizada” nesse hospital, essa medicina significa a detecção da mutação genética no desenvolvimento de células cancerosas, o que resultará em tratamentos específicos e adequados a cada paciente (GUSMÃO, 2012). Por conseguinte, a ideia de “medicina personalizada” está ancorada em um tratamento que pretende especificar e destrinchar o corpo biológico cada vez mais.

De acordo com Anjos (2005), a assistência à saúde está preocupada em concretizar o modelo burocrático e biomédico que valoriza o corpo como doença, a administração dos serviços de saúde, as rotinas específicas de cada serviço e o cumprimento da carga horária semanal, em detrimento da pessoa. No caso específico do tratamento do câncer colorretal, Maruyama (2004) argumenta que os médicos dirigem seu foco para a doença, o tratamento, as complicações e probabilidades de retorno do tumor, negligenciando as situações sociais problemáticas e estigmatizantes vividas pelos pacientes, que, muitas vezes, são submetidos a cirurgias mutiladoras e efeitos colaterais avassaladores advindos dos tratamentos. Os problemas dessa negligência surgem no agravamento da ansiedade dos pacientes e familiares, na impossibilidade dos pacientes executarem o auto cuidado, o que significa perder o controle sobre o tratamento e o que leva ao aumento das internações em decorrência dos efeitos colaterais do tratamento, e no aumento da taxa de abandono do tratamento (ANJOS, 2005). Não se pretende aqui traçar uma visão maniqueísta da medicina, mas, diante de mulheres pobres, de

grupos sociais historicamente excluídos de seus direitos de cidadania, o usufruto do direito à saúde na trama de um tratamento de câncer na rede pública, requer uma análise crítica sobre como essas mulheres estão vivenciando este processo.

Alguns dos tratamentos regulares para o câncer são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, os dois primeiros são considerados tratamentos locais e, o último, um tratamento sistêmico. Esses procedimentos terapêuticos são feitos isoladamente ou associados. De acordo com o INCA (2011), a quimioterapia é o emprego de substâncias químicas visando atacar as células neoplásicas. A ação desses medicamentos atua tanto nas células anormais como nas células normais. Por sua vez, a radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose de radiação é aplicada, em um determinado tempo, no tumor, buscando erradicar todas as células tumorais (INCA, 2011). A braquiterapia é um tipo de radioterapia, na qual uma fonte radioativa é inserida próxima ao tumor. Desta forma, a radiação interage diretamente no alvo do tratamento. Este tipo de tratamento pode ser complementar a outras formas e normalmente é a última etapa após a cirurgia, quimioterapia e radioterapia externa. No HUB, as pacientes com esse tipo de câncer vivenciam procedimentos terapêuticos marcados pelo uso de tecnologias como a quimioterapia e a radioterapia (dividida em teleterapia e braquiterapia). A assistência é prestada por equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, dentistas, físico, auxiliares de enfermagem e técnicos de radiologia.

O presente trabalho, portanto, discute a compreensão e visão das pacientes com câncer de colo do útero sobre o processo de adoecimento e os procedimentos terapêuticos disponibilizados no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do HUB, ou seja, como essas mulheres percebem a transformação dos seus corpos a partir do diagnóstico, como vivenciam os procedimentos terapêuticos, como se reconstituem como sujeitos nesse processo e como entendem as tecnologias usadas em seus corpos e os efeitos dessas nos mesmos, em suas vidas e nas relações sociais. Além disso, apresenta uma análise do conteúdo das falas dos profissionais de saúde sobre as pacientes, o câncer e as tecnologias empregadas no tratamento. São apresentadas, ainda, conclusões sobre o

relacionamento médico-paciente e a relação das pacientes com os outros profissionais de saúde envolvidos no tratamento da doença.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada na pesquisa de campo foi a etnografia, com base em anotações dos principais pontos comentados pelas pacientes e utilização de um diário de campo para anotações de vários outros fatos que ocorreram no ambiente de pesquisa, assim como as impressões pessoais da pesquisadora. A observação direta das pacientes no ambiente hospitalar foi complementada com entrevistas semi estruturadas e informais com os diversos atores (pacientes, profissionais de saúde e familiares).

Segundo Cardoso de Oliveira (1996), o trabalho de campo com viés etnográfico contempla três momentos: o olhar, o ouvir e o escrever. O olhar e o ouvir cumprem a função de coleta de dados, enquanto o escrever faz parte do momento de análise e interpretação dos dados obtidos em campo. Os procedimentos de investigação do problema em questão e as técnicas pertinentes a esses procedimentos tiveram como base os princípios do fazer etnográfico. Assim, a pesquisa como um todo foi dividida nesses três momentos distintos, mas com vínculos estreitos.

O primeiro momento compreendeu a leitura da bibliografia referente ao tema, que resultou numa revisão bibliográfica. O treinamento teórico permitiu a realização de um trabalho de campo profundo. Saber como e o que observar, além de discernir o que é teoricamente significativo do que não é, depende da base cognitiva do pesquisador. Um bom treinamento em teoria permite ao pesquisador compreender os modos de operação dos sujeitos da pesquisa e permite também uma fecunda análise dos dados.

O segundo momento foi dedicado ao trabalho de campo junto às pacientes e profissionais de saúde. Este trabalho teve como base algumas técnicas de pesquisa do fazer antropológico: a observação participante; a compreensão da totalidade da realidade vivida pelas pacientes durante o tratamento; e a ação de “levar a sério” as pessoas estudadas. Nesse sentido, a estudante esteve na sala de espera do HUB observando o ambiente vivido por pacientes e profissionais de saúde e realizando entrevistas quando era possível.

A etnografia utiliza métodos qualitativos e consiste numa total inserção da pesquisadora no ambiente onde se encontram essas mulheres em tratamento no HUB. Por isso, Gropp (2002) afirma que o pesquisador deve analisar as relações e formas de comunicação entre as pessoas envolvidas, bem como as relações estabelecidas. Por conseguinte, trata-se mais do que uma técnica de pesquisa, mas de um encontro entre sujeitos, pautado pelo diálogo, pela confiança e pelo respeito mútuo. Cardoso de Oliveira (1996) afirma que é preciso que a relação entre o pesquisador e o pesquisado seja uma interação dentro da qual os mundos de ambos possam se abrir um ao outro, diminuindo o distanciamento e criando mecanismos para que esses universos simbólicos se comuniquem.

A fase de coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2012, no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Universitário de Brasília. Neste período, foram realizadas entrevistas abertas com mulheres portadoras de câncer de colo de útero, e com profissionais ligados ao tratamento da doença. O processo de agendamento das primeiras entrevistas foi feito através do contato direto nas salas de espera do Hospital, e as entrevistas seguintes foram agendadas através de contato telefônico. Antes da abordagem, a pesquisadora já havia ido ao CACON, algumas vezes, para conhecer o ambiente e a rotina das pacientes, para estabelecimento de uma relação de confiança e integração. À medida que as entrevistas eram realizadas, foram aparecendo novos aspectos e inclusão de outros temas.

As salas de espera do HUB foram os locais privilegiados do trabalho de campo, onde se deram os primeiros encontros com as pacientes. O HUB, em parceria com o Ministério da Saúde, o Instituto Nacional do Câncer e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, implantou o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), em agosto de 2005. A parceria foi realizada com o objetivo de reestruturar os serviços de oncologia prestados no DF, bem como para atender à demanda crescente de casos de câncer no DF e no Brasil. O instituto de oncologia do HUB oferece serviços de radioterapia e quimioterapia, dispondo de um acelerador linear de fótons e elétrons, outro de braquiterapia de alta taxa de dose, um sistema de planejamento, e um dosimétrico, todos necessários para a instalação do serviço de radioterapia (HUB, 2004).

Foram entrevistadas duas pacientes que estavam em tratamento de braquiterapia no Hospital, mas que já haviam passado por outros tipos de tratamento. Uma delas era casada e a outra divorciada; ambas com dois filhos; e com idade de 54 e 48 anos. Elas trabalhavam à época da descoberta do tumor, mas, atualmente, estão desempregadas. Por isso, são sustentadas pelo companheiro e/ou por suas famílias, contando inclusive com a ajuda de amigos. As duas mulheres se declaram católicas. Também foram entrevistados dois profissionais de saúde: um médico radioterapeuta e uma enfermeira. O médico começou a trabalhar no HUB no início do ano de 2012 (quase seis meses de atendimento), tendo experiência anterior de quatro anos com radioterapia. A enfermeira trabalha há doze anos com pacientes portadores de câncer e está a seis anos prestando seus serviços no HUB. Além disso, também trabalha em uma clínica particular de oncologia no período vespertino. Não foram publicizadas imagens e nem gravações das pessoas entrevistadas, e quando os entrevistados permitiram, foram feitas gravações das entrevistas a fim de melhor sistematizar os dados. Serão usados nomes fictícios para preservar a identidade dos sujeitos. No caso dos profissionais de saúde, será usado o termo genérico profissional de saúde para preservá-los. As entrevistas para cada um dos sujeitos foram personalizadas, tendo em vista que a cada entrevista feita a mesma era transcrita e, a partir das respostas, um novo roteiro era elaborado, e uma nova entrevista era realizada. Isso ocorreu em um processo contínuo até ter um conjunto de informações que dava sentido às unidades de significados buscadas. Essa personalização dos roteiros teve como intuito aprofundar as discussões com os entrevistados na tentativa de compreender suas representações sobre o tema tratado.

Para compreender as representações sobre o câncer e os procedimentos terapêuticos usados, tanto as entrevistas realizadas quanto as observações da pesquisadora, estavam voltadas para determinadas unidades de significados, que foram as seguintes: noções sobre o corpo, saúde, doença e trabalho; os itinerários terapêuticos percorridos; e percepções sobre tecnologias. A partir do mapeamento dessas unidades de significados, o terceiro momento da pesquisa foi a análise dos dados gerados. O interessante desta fase é a forma explícita de interação entre os fatos observados e a teoria estudada. Enquanto, num dado momento, a teoria orientou a coleta dos dados, em outro, os fatos novos coletados causaram um

incremento da teoria ou uma transformação da mesma. Por fim, após esta terceira fase, só restou desenvolver o produto final, o trabalho escrito. Os procedimentos metodológicos desta pesquisa, com relação às implicações éticas na relação com os sujeitos da pesquisa, foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília (UnB).

3 DELINEANDO OS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS E AS TECNOLOGIAS USADAS

De acordo com Mauss (2003), as técnicas são obras da razão prática coletiva e individual, sendo assim, toda técnica terá sua forma. As técnicas do corpo são as maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seu corpo. O corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem, objeto técnico. Em seguida vêm as técnicas de instrumentos. No caso das sociedades modernas, os procedimentos terapêuticos da medicina passaram a ser baseados nos diversos instrumentos e tecnologias, que passaram a ser acoplados aos médicos permitindo a concretização da clínica médica.

Conforme foi dito anteriormente, no HUB, está localizado o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) que oferece tratamento para todos os tipos de cânceres e é o único Hospital da rede pública que faz uso da braquiterapia em Brasília. Desde a sua criação, esse serviço (braquiterapia) já atendeu a 180 pacientes e realizou 700 inserções ginecológicas. Cada paciente recebe uma aplicação por semana, sendo necessárias normalmente quatro para completar este tipo de tratamento (HUB, 2010). O tratamento é muito invasivo e representa para a mulher uma grande mudança em sua rotina, exigindo uma flexibilidade adaptativa tanto física como emocional (FIDÉLIS, 2007). Dependendo da carga de radiação disponibilizada no equipamento e do tamanho e tipo do tumor, a idade e as condições de saúde da mulher, essas podem passar de 10 minutos a 3 horas sofrendo a irradiação, o que, inevitavelmente, leva à transformações na vida das pacientes como um todo. O interesse deste trabalho recai, especialmente, sobre as mulheres que vivenciaram a braquiterapia. As primeiras inquietações que deram origem a este trabalho vieram da experiência do estágio curricular do curso de Saúde Coletiva realizado no HUB, quando chamou atenção a violência desse tratamento nas pacientes.

Os efeitos colaterais dos tratamentos para o câncer são variáveis de pessoa para pessoa e ao longo do tratamento, no entanto, em sua maioria, criam expectativas e

alteram, radicalmente, a vida das pacientes. Alguns são procedimentos mutiladores, que transformam a condição física, emocional, social e sexual da paciente. Outros causam náuseas, vômitos, queda de cabelo, fraqueza, palidez, infecções, sangramento, diarreia, prisão de ventre, fadiga, alterações da pele e unhas e toxicidade sobre os nervos. As categorias ou expressões usadas para definir tais procedimentos, como “guerra contra o câncer”, revelam a dramaticidade e igualam-nos aos estigmas da doença, que “consome a pessoa” e deve ser “atacada”. Assim, do diagnóstico ao tratamento, a paciente vai do ataque ao contra-ataque, adentrando em uma “guerra” onde espera sofrer efeitos desconhecidos e que supõe serem avassaladores sobre seu corpo, fazendo-a viver rupturas radicais na sua vida. Trata-se de um agravo estigmatizado que tem um tratamento, também, estigmatizado.

De forma geral, o tratamento do câncer do colo uterino é feito com cirurgia e/ou radioterapia associada à quimioterapia. A escolha do tratamento depende da instituição na qual a paciente irá se tratar, da preferência do oncologista e das condições gerais da paciente, uma vez que as duas opções têm evoluções clínicas semelhantes (PINOTTI et al, 2008). O CACON do HUB oferece tratamentos para todos os tipos de cânceres. Além da tradicional quimioterapia, o Centro oferece dois tipos de radioterapia: a braquiterapia de alta taxa de dose, um tipo de radioterapia utilizada para tratamento de tumores, como os ginecológicos; e a teleterapia, mais conhecida como radioterapia externa, que utiliza uma fonte externa de radiação com aceleradores lineares que conseguem tratar desde tumores profundos (pulmão) até os superficiais (câncer de pele).

A seguir são detalhados e discutidos os três tipos de tratamentos oferecidos no Hospital Universitário de Brasília a partir da observação dos mesmos pela pesquisadora, da descrição dada pelos profissionais e de consulta complementar em livros e artigos que elucidam o tema. Também, são apresentadas as descrições de outros dois tipos de tratamentos para câncer citados pelos profissionais de saúde do CACON: a Hormonioterapia e a Terapia Alvo. Estes dois últimos tratamentos tiveram como fonte para sua definição a leitura de materiais que os explicam. A partir desse panorama das tecnologias com informações oficiais e biomédicas, será possível contrapor com as informações dadas pelas pacientes sobre as mesmas e

compreender como as pacientes reagem e percebem esses procedimentos terapêuticos. Um dos tratamentos mais usuais é a cirurgia para retirada do tumor, além desse, existem os citados abaixo.

3.1 QUIMIOTERAPIA

Consiste em um tratamento sistêmico, por meio da ingestão de medicamentos, utilizado com frequência como tratamento adjuvante à radioterapia devido aos sucessos alcançados por essa associação. Os resultados positivos de cura se devem ao fato de a quimioterapia potencializar os efeitos da radioterapia e tornar mais eficiente o processo de combate à célula tumoral. O uso correto e eficaz da quimioterapia requer o conhecimento de princípios de biologia tumoral, cinética celular, farmacologia e resistência às drogas. O principal problema do tratamento quimioterápico persiste na dificuldade das drogas distinguirem as células neoplásicas das normais. A ação nociva contra as células normais pode resultar em muitos efeitos colaterais (PINOTTI et al, 2008).

A paciente com câncer de colo de útero é orientada no CACON quanto aos sinais e sintomas de infecção, assim como quanto à necessidade de procurar o médico se a temperatura corporal for maior que 37,7°C. A ocorrência de febre entre o 7º e o 14º dia após a aplicação de quimioterapia deve ser observada com cuidado, pois pode ser indício de infecção. As mulheres são orientadas também a evitar aglomerações e contato com pessoas doentes, a manter boa higiene oral e corporal, evitar quedas e ferimentos, recorrer ao médico caso apareça algum sinal ou sintoma de sangramento, utilizar escova dental de cerdas macias, manter alimentação adequada e higienizar os alimentos antes de seu consumo.

Náuseas e vômitos são efeitos colaterais incômodos que podem ser apresentados pelas pacientes. Na ocorrência deles, as pacientes são encorajadas a ingerir pequenas porções de alimentos leves, com maior frequência. São orientadas a ingerir alimentos frios ou à temperatura ambiente, para atenuar seu aroma e sabor, tomar as medicações antieméticas prescritas em intervalos regulares, evitar alimentos muito doces, gordurosos, salgados ou temperados, ou com odor forte e, na ausência de medicação prescrita, discutir esta questão com a enfermeira. Elas

são orientadas a procurar o médico quando do aparecimento de indícios de sangue no vômito.

A quimioterapia aplicada na região pélvica causa diarreia como efeito colateral e, em razão deste problema, as pacientes são orientadas a ingerir alimentos ricos em proteínas, calorias e potássio, e pobres em fibras e farelos. Alimentos com estas características incluem o queijo fresco, ovos, batatas, arroz, cereais, bananas, macarrão, torradas, entre outros. Elas são, também, orientadas à ingestão hídrica de pelo menos 2 litros por dia, lavagem da região anal com sabonete neutro após cada evacuação, evitando o uso de papel higiênico, seguimento criterioso da medicação prescrita e à procura do médico caso aumente a frequência das evacuações, mude a consistência ou quando se observa presença de sangue nas fezes.

3.2 RADIOTERAPIA

A radioterapia (RT) é componente crítico na terapêutica das neoplasias malignas ginecológicas. É a modalidade de tratamento definitivo para os carcinomas cervicais localmente avançados ou é uma opção, nos casos iniciais, que não querem ou não podem ser operados e, na maioria dos casos, na tentativa de preservação de órgãos (PINOTTI et al, 2008). Utiliza radiação ionizante, que tem energia suficiente para ionizar moléculas através da liberação de elétrons da estrutura atômica, como por exemplo, os raios X, partículas beta e partículas alfa. Atua no DNA das células, impedindo-a de se multiplicar e/ou induzindo sua morte direta por apoptose. As células normais também sofrem danos em seu DNA, contudo possuem possibilidade de reparo com maior eficiência que a célula maligna. Dessa forma são obtidos resultados positivos, por meio da eliminação total ou parcial dos tumores tratados com radiação.

Os dois métodos principais de liberação de radiação são a externa ou teleterapia, na qual a fonte de radiação está distante da paciente, e a braquiterapia, na qual a colocação da fonte radioativa é feita no tumor ou muito próximo dele, por meio de aplicadores intracavitários ou intersticiais (PINOTTI et al, 2008).

3.2.1 Teleterapia

O feixe de radiação ionizante é apontado para a região alvo do corpo denominada campo, a uma distância determinada. Utiliza fontes radioativas de origem nuclear (como os aparelhos de Cobalto-60) ou aceleradores lineares (utilizado no CACON), que produzem radiação por meio da aceleração de elétrons.

Antes do início das aplicações de radioterapia externa, os membros da equipe multiprofissional fazem um planejamento do tratamento a ser realizado. São definidos o local a ser tratado e a melhor estratégia a ser seguida, que incluem decisões relativas à dose, ao intervalo do tratamento, assim como a data de início e o horário das aplicações. A dose total é fracionada em aplicações diárias, cinco vezes por semana, durante cinco a seis semanas. A dose diária de radiação é subdividida em 4 campos da região pélvica, sendo um anterior, um posterior e dois laterais.

A região corpórea irradiada, a energia usada no tratamento, o estado geral e a idade da mulher são fatores determinantes da gravidade e do início dos efeitos colaterais que, em sua grande maioria, são locais e específicos. Antes do início do tratamento, a paciente e seus familiares recebem orientações da enfermeira relativas ao tratamento: os possíveis efeitos colaterais, o início de sua ocorrência, seu tempo de duração e principalmente, sobre as medidas a serem adotadas para minimizar essas consequências.

No CACON/HUB, as pacientes são avaliadas semanalmente pelo radioterapeuta durante o tratamento. Entretanto, no contato diário com a equipe, o papel da enfermagem é fundamental na orientação do paciente, minimizando, através de triagem prévia, a necessidade de avaliações médicas com maior frequência. Os efeitos colaterais da radioterapia incluem reações de pele, sensação de cansaço e alterações do apetite. As pacientes são orientadas quanto ao tratamento propriamente dito, ou seja, que é localizado e que produz efeitos limitados à área irradiada, por exemplo, reações como vermelhidão, escurecimento da pele ou descamação do local tratado. No caso de aparecimento de descamação ou ulceração, há necessidade de procura da enfermeira do setor para recebimento de

novas orientações. O perigo da automedicação é alertado, assim como a não aplicação de loção, creme, talco ou desodorante na área de tratamento sem orientação, pelo fato destes produtos poderem conter em sua composição substâncias que podem interferir com a penetração da dose recebida e aumentar os efeitos colaterais na pele.

Quanto às possíveis lesões na pele, são reforçadas as orientações relativas a evitar coçar a região tratada para prevenir irritações, lavar o local com água morna e sabonete neutro e não utilizar esparadrapo ou adesivos sobre a pele irradiada. Destaca-se a preferência para o uso de tecidos de fibra natural, como os de algodão, evitando roupas justas ou feitas com tecido sintético. As orientações incluem também evitar a exposição aos extremos de temperatura provocados pelos aparelhos de aquecimento e ar condicionado, a exposição da área tratada ao sol durante 6 meses após o término do tratamento, protegendo a pele com vestuário e aplicação de protetor solar.

Os efeitos colaterais específicos do tratamento radioterápico estão associados à região do corpo em que a radiação é aplicada. No caso da irradiação do colo do útero, pode ocorrer diarreia e disúria, isto é, sensação de dor e ardência na hora de urinar reversíveis, e amenorreia, isto é, ausência regular de menstruação, que é permanente. A teleterapia, geralmente, é iniciada antes da braquiterapia, com intuito de diminuir o volume tumoral, possibilitando melhor geometria dos aplicadores intracavitários e esterilização da doença (PINOTTI et al, 2008).

3.2.2 Braquiterapia

O sucesso da braquiterapia ocorre em virtude de características físicas próprias, que possibilitam liberação de altas doses de radiação diretamente no tumor, em um curto espaço de tempo, sem que as estruturas vizinhas normais recebam dose de irradiação além do limite de tolerância (PINOTTI et al, 2008). O elemento radioativo é colocado próximo, em contato ou dentro do órgão a ser tratado. Existem duas modalidades de tratamento braquiterápico: a de alta taxa de dose (High Dose Rate - HDR) é fracionada, utiliza programação via computador, e tempo menor de

exposição à radiação, o que possibilita tratamento ambulatorial; já a baixa taxa de dose (Low Dose Rate - LDR) é um tratamento contínuo, com tempo de exposição maior, o que demanda a internação hospitalar da paciente, expondo a equipe à radiação. A modalidade utilizada no CACON é a HDR, pois a paciente vai ao Hospital, recebe a aplicação da dose e retorna para casa. No momento da aplicação, os profissionais de saúde não ficam expostos à radiação.

A finalidade da radioterapia é o tratamento do tumor com preservação das estruturas anatômicas vizinhas não afetadas pela doença, na medida do possível. Na braquiterapia, a radiação é aplicada diretamente no local do tumor, através de moldes, cateteres ou implantes, o que possibilita irradiar volumes-alvo pequenos com alta dose de radiação. Este método permite poupar estruturas vizinhas não afetadas pela doença, pois existe uma queda importante da dose à medida que se afasta das fontes. A alta dose de radiação administrada ao colo uterino aumenta as chances de cura desse tipo de tumor. A braquiterapia de colo de útero pode ser utilizada como um tratamento exclusivo ou como complemento da radioterapia externa.

A paciente segue um plano de tratamento ambulatorial que consiste na aplicação de quatro frações de braquiterapia com intervalo semanal e duração de aproximadamente 50 minutos. Desde a sua criação, esse serviço de braquiterapia já atendeu a 180 pacientes e realizou 700 inserções ginecológicas. Cada paciente recebe uma aplicação por semana, sendo necessárias normalmente quatro para completar este tipo de tratamento (HUB, 2010).

O material necessário para este tratamento consiste nos aplicadores ginecológicos, sonda tipo Foley, pinças tipo Cheron, Pozzi e Kelly, histerômetro, espéculos, cúpula com antisséptico à base de Iodo, gaze esterilizada, anestésico tópico em gel e contraste iônico. Este conjunto de materiais é disposto sobre uma mesa, preparada previamente pelo auxiliar de enfermagem. Cabe a este profissional prestar ajuda ao radioterapeuta durante a realização do procedimento.

A paciente a ser submetida à braquiterapia é colocada em posição ginecológica, vestida com um avental de algodão e coberta por um lençol, sendo exposta apenas

sua região genital. Ela é orientada a retirar todos os adornos assim como as próteses, caso existam, antes de adentrar a sala de tratamento. Após assepsia, o radioterapeuta faz a sondagem vesical introduzindo sonda do tipo Foley de 2 vias e injeta o contraste no balonete para verificar a posição da bexiga na radiografia de planejamento da braquiterapia. A seguir, coloca os aplicadores ginecológicos no útero e vagina, que servirão como meio de condução para a semente de Iridium-192, acondicionada no aparelho de HDR, que é teleguiada pelo computador. Recebem a irradiação na área, por meio de agulhas.

Uma vez encerrada esta etapa do procedimento, o técnico de radiologia realiza radiografias pélvicas nos sentidos antero-posterior e latero-lateral para que o radioterapeuta possa confirmar a posição correta dos aplicadores e realizar o planejamento. O físico então calcula o tempo necessário para administrar a dose de tratamento prescrita pelo médico e, por meio da programação computadorizada do equipamento, o material radioativo é inserido nos aplicadores e a radiação é liberada.

A sensação dolorosa durante a colocação dos aplicadores é uma queixa frequente das pacientes. Em razão disso, previamente ao início do procedimento, é feita uma punção venosa periférica e instalado soro glicosado a 5% para facilitar a administração de medicamentos antiespasmódicos e/ou analgésicos. As pacientes são orientadas a manter jejum de 8 horas, fazer tricotomia pubiana e providenciar um acompanhante adulto para o retorno à sua residência.

Mulheres acometidas pelo câncer se encontram fragilizadas e sensíveis. Portanto, no decorrer do tratamento de braquiterapia, que é predominantemente invasiva, a condição de fragilidade se potencializa e este fato deveria demandar atenção especial dos componentes da equipe multiprofissional envolvidos com seu tratamento. De acordo com a enfermeira, é importante orientar a mulher submetida à braquiterapia em relação ao tratamento a ser realizado para diminuir a ansiedade e a sensação de insegurança que são inerentes ao processo. Estas mulheres devem estar cientes de que, após a braquiterapia, há possibilidade da ocorrência de sangramentos vaginais discretos em consequência da manipulação do local, porém,

a persistência da sensação dolorosa ou de outros sintomas não são ocorrências habituais após o tratamento.

3.3 HORMONIOTERAPIA

A hormonioterapia é um tratamento médico feito a partir de medicamentos com a função de inibir a atividade dos hormônios que tenham alguma influência no crescimento de um tumor. É usada no tratamento de câncer que estão relacionados aos hormônios humanos, e, portanto, podem ser controlados por meio de inibidores de hormônios ou até mesmo por hormônios que neutralizem efeitos de outros hormônios.

A administração dos medicamentos é feita principalmente por via oral. A terapia hormonal, assim como a quimioterapia, tem ação sistêmica, o que significa que age em todas as partes do organismo. Como cada organismo reage de uma forma diferente às drogas que combatem a doença, antes de se iniciar a hormonioterapia, é necessário que o paciente faça um teste. O objetivo é comprovar que o paciente é sensível ao medicamento e avaliar a utilidade do tratamento em cada caso.

3.4 TERAPIA ALVO

A terapia alvo ataca apenas às células malignas poupando as normais. A grande dificuldade inicial, antes de aplicar a terapia, é definir o alvo específico a ser atingido. Os tumores se manifestam de maneiras diferentes de uma pessoa para outra, sendo assim as células podem se diversificar. Além da resposta ao tratamento de um paciente para outro não ser semelhante. Então, se deve fazer o mapeamento dos tumores e uma análise genética do paciente para verificar se existem chances de benefícios com o tratamento e, após estas certificações, a recomendação da terapia alvo. A terapia utiliza uma grande família de medicamentos, administrados por via oral ou injetável. Seus efeitos colaterais são menos agressivos e possuem menos toxicidade. A principal diferença entre esses medicamentos e a quimioterapia convencional é a capacidade das drogas alvo dirigidas, ou moleculares, de inibir processos que ocorrem na célula tumoral de forma distinta de uma célula normal. De forma geral, essas drogas são divididas em dois grupos: as que atuam ligando-se a

receptores na superfície das células e as que se ligam a receptores no interior da célula.

3.5 SOBRE A DESCRIÇÃO DOS TRATAMENTOS

O propósito de descrever os tipos de tratamento que essas mulheres são submetidas, na linguagem médica, tem o intuito de retratar, na visão dos profissionais de saúde, suas técnicas e como essas passaram a ter um papel preponderante no tratamento do câncer. A relação da tecnologia é com um corpo biológico, doente, que deve ser curado. Essa tecnologia requer um auto cuidado, regras de condutas e higiene pautadas pelo viés médico, que desconhece a realidade dessas mulheres de classe popular e suas concepções sobre o corpo, sua vida social, seu processo de adoecimento. Na “guerra contra o câncer”, as consequências do tratamento são marcantes na corporalidade e na constituição dessas mulheres enquanto sujeitos. Isso se complexifica quando se tem afirmações dos profissionais de saúde entrevistados de que essas mulheres desenvolveram o câncer devido a sua vida promíscua e, agora, eles exigem no tratamento, que elas sigam as várias condutas enfatizadas, como por exemplo, evitar aglomerações e contato com pessoas doentes, a manter boa higiene oral e corporal, evitar quedas e ferimentos, utilizar escova dental de cerdas macias, manter alimentação adequada e higienizar os alimentos antes de seu consumo. Não se pretende afirmar aqui que essas mulheres não devam seguir esses procedimentos, mas o que se pretende mostrar é a mudança de conduta que ela passa, forçada por uma tecnologia que não a vê em sua totalidade.

No decorrer do tratamento de braquiterapia, por exemplo, a condição de fragilidade se potencializa, o que deveria demandar atenção especial da equipe multiprofissional envolvida com seu tratamento. Caberia, além da ação terapêutica propriamente dita, dar suporte às pacientes para o enfrentamento do tratamento e da doença. Alguns estudos apontam que os profissionais de saúde consideram que seu trabalho depende muito das tecnologias e de novos instrumentos desenvolvidos com o objetivo de prolongar, melhorar e manter a vida humana (FRIGATO & HOGA, 2003). No entanto, esse olhar para as técnicas, corpo biológico e cura e, não para a

pessoa em sua singularidade, leva a problemas de adesão ao tratamento, angústia, incompreensão e, conseqüentemente, ao não usufruto pleno do direito à saúde. A maneira como os serviços públicos de saúde e as tecnologias que são disponibilizados atuam - sem observarem as pacientes como pessoas que vivem, sentem e se relacionam - levantam alguns elementos que devem ser problematizados. A seguir pretende-se discutir quem são essas mulheres que se submetem a esses tratamentos no HUB.

4 TRANSFORMAÇÃO DA CORPORALIDADE DAS PACIENTES E A RUPTURA BIOGRÁFICA: “ESTOU DOENTE, E AGORA?”

Breton (2011) afirma que o corpo, nas sociedades modernas, se transformou em um capital, nesse sentido, para muitas mulheres, tornou-se o único capital e, também, a única chance de serem percebidas. Na nossa sociedade, é possível ver a mulher ser definida pela qualidade da sua aparência, sendo sempre classificada como boa ou não, por meio de sua apresentação física. Por outro lado, esse mesmo autor afirma que o corpo é uma construção pessoal, um objeto transitório, suscetível a muitas metamorfoses de acordo com as experiências do indivíduo (op. cit.). Diante dessa centralidade do corpo na contemporaneidade, entendido como o “acessório” com quem me relacionou, tornado-se meu melhor ou pior amigo (BRETON, 2009), uma questão a se discutir é como essas mulheres passam a ver seus corpos e a se relacionar com eles, antes e depois de um agravo que o transforma na sua aparência física, seja devido à presença da doença em si, seja devido ao tratamento. O corpo humano é um objeto ao qual a sociedade atribui significados, expectativas e sensações, ditando-lhe normas, seja em relação à estética, à expressão, à saúde, à higiene, à sexualidade. Esse processo de atribuição de significados ao corpo é agenciado por diversas instituições sociais, como o trabalho, a igreja, a escola, o grupo familiar, a classe social, a categoria profissional. É, também, através dessas instituições, isto é, do processo de socialização, que o indivíduo internaliza as normas ou regras em relação ao comportamento corporal (CARVALHO, 2002). Assim, cabe perguntar como essas mulheres passam a construir o seu corpo feminino quando passam a receber os tratamentos referidos acima e como elas vivenciam a (re)constituição de si enquanto sujeitos diante dessa nova corporalidade? Os profissionais de saúde e gestores da política de saúde são capazes de garantir a essas mulheres o direito pleno à saúde? Eles conhecem o contexto onde essas mulheres vivem o processo de adoecimento e os procedimentos terapêuticos?

De acordo com Bury (2008), transformações vividas no corpo da pessoa em decorrência de algum agravo podem causar mudanças na maneira de se perceber, na sua identidade. A doença é vivida, pensada e sentida como um processo e

experiência (LANGDON, 1994), na verdade, aciona nos indivíduos variadas identidades, não cria uma identidade estática, mas em formação constante. Montagner (2011) afirma que a ruptura biográfica se dá quando o diagnóstico de uma doença grave instaura uma ruptura na trajetória de vida da paciente, a partir da qual as suas expectativas são ressignificadas. Estar doente significou uma ruptura nas vidas das mulheres pesquisadas: parar, não poder trabalhar, não ter vontade de fazer as coisas. Na primeira fase da ruptura biográfica, há uma quebra das crenças e comportamentos habituais e envolve atenção para aspectos não conscientes e decisões sobre a procura de ajuda. Na segunda fase, há um repensar da biografia pessoal e da auto imagem envolvida, retrabalhando a identidade. Na terceira fase, há uma resposta à ruptura, envolvendo uma mobilização de recursos diante da situação alterada e uma readequação da vida (MONTAGNER, 2011).

Lidar com os estigmas e com a nova corporalidade força a pessoa a se reinserir de outra maneira nas suas relações sociais, na esfera do trabalho, do lazer, da vida sexual e reprodutiva. A descoberta da doença foi relatada pelas pacientes da seguinte maneira:

“Foi horrível saber! Pensei: ‘E agora? O que vou fazer?’ Fiquei muito triste e chorava muito. Fiquei com muito medo e perturbada. Eu não tinha noção do que era a doença. Então para mim foi um choque, porque a única coisa que eu sabia é que muita gente está morrendo com câncer. Pensava o tempo todo que ia morrer. Passa pela cabeça da gente um questionamento de como foi a vida da gente. ‘Por que eu não fiz isso ou aquilo?’ Parece que o dia de morrer já está marcado e ia ser bem antes. Me falaram que o câncer tem cura. Não acreditei! E isso me deixava louca. Só fiquei mais tranquila quando conheci uma mulher que já estava curada. Ela foi meu consolo.” (Dona Deuseli)

Outra paciente afirma:

“Quando eu descobri que estava com a doença, estava passando por uma fase difícil: meu marido estava desempregado e resolvi não falar com ninguém. A doutora Jussara (psicóloga do CACON) disse que eu neguei a doença nessa época. (...). Por causa das dores e dos sangramentos, meu marido me obrigou a ir ao médico depois de um tempo. Acho que sem ele não ia estar aqui. Aí, hoje, eu falo para as mulheres que conheço fazerem exames, porque eu não queria no início e talvez podia ter começado a tratar antes. Eu pensei que não tinha jeito. A gente ouve dizer que quem tem câncer pode melhorar, mas depois a doença volta.” (Dona Laís)

As falas dessas mulheres demonstram como a descoberta do câncer promove uma reestruturação e ruptura em suas vidas, pois a morte que é sabida e conhecida por

todos, agora, se concretiza. Esses discursos apresentam como inimigo o ato de morrer que deve ser silenciado, por isso, para muitas pessoas, a palavra câncer não pode ser dita, pois ela parece conter elementos mágicos que aproximam a morte. Nesse sentido, o câncer e tudo o que se relaciona com ele, inclusive seu nome, é contagioso, ao se pronunciar a palavra câncer é uma forma de evocá-la. Assim, o silenciamento que há em não dizer a palavra, em não afirmar que está com a doença, revelam o estigma que sofrem essas mulheres. Goffman (1988) trata do conceito de estigma quando considera como estigmatizante qualquer característica, não necessariamente física ou visível, que não se coaduna com o quadro de expectativas sociais acerca de determinado indivíduo. Na nossa sociedade, dentro das redes de relações sociais que criam e recriam identidades, são construídas categorias acerca dos atributos considerados naturais, normais e comuns do ser humano. Nesse sentido, o indivíduo estigmatizado é aquele cuja identidade social real inclui qualquer atributo que frustra as expectativas de normalidade. A pessoa que sofre de câncer e os procedimentos terapêuticos que vivencia são estigmatizantes, marcam sua corporalidade com uma anormalidade e acabam por inserir essa pessoa em uma rede de silenciamento.

Para essas pacientes, estar bem, ter saúde significa ter o corpo forte e pronto para o trabalho. Elas sentem a mudança, provocada, principalmente, pelo tratamento, no fato de não poderem mais ser ativas, trabalharem em casa ou na rua. Conforme afirma uma paciente, estar com saúde é:

“Quando a gente pode trabalhar e não tem que ficar vindo em hospital direto. Agora eu venho toda semana, mas já está acabando. Aí, depois tem que esperar pra ver o que vai acontecer, fazer exame de novo pra ver se curou. (...) (O corpo) precisa estar bom para trabalhar, nós precisamos de saúde.” (Dona Laís)

Outra mulher afirma que: “(saúde) é tudo na vida de alguém. Não sentir dor, nem tristeza, nem aquele desespero de não saber o que pode acontecer” (Dona Deuseli). A saúde está vinculada a um corpo que deve estar apto para o trabalho, pois essas mulheres vivem em determinados contextos que, a impossibilidade de levantar e estar pronta para o trabalho físico, faz com que elas dependam de uma rede de solidariedade. Portanto, irmãs e outros parentes próximos auxiliam nos afazeres da casa. Assim, quando é perguntado a essas mulheres o que é doença, elas afirmam a partir das experiências vividas com o câncer, que as marcam para toda vida:

“Eu estou doente agora. Não tem jeito de fazer muita coisa, trabalhar. A gente também não tem vontade de sair, nem na casa dessa minha irmã eu vou. É ela que vai lá em casa me ver e me ajuda com as coisas. Aí é difícil, porque a gente acostuma toda vida a fazer as coisas, sai de casa pra trabalhar, volta de noite e ainda arruma a casa da gente. Agora...” (Dona Laís)

“Sentir tudo de ruim, o corpo até pesa. Pode ser doença até da alma ou do coração, quando a gente fica tão triste que pensa que vai morrer de tanto chorar, de tanto sofrimento e medo” (Dona Deuseli)

Sendo mulheres de uma classe popular que entendem precisar de seu corpo para o trabalho e dando muito importância a ele, elas relacionam o processo de adoecimento com a perda dessa qualidade corporal, do trabalho. Isso marca seu corpo e as relações sociais que elas mantêm com o mundo. Nesse sentido, ao longo do tratamento, que as deixam padecendo de um novo processo de adoecimento, uma das principais mudanças acontece com relação ao trabalho:

“Eu trabalhava pra ajudar lá em casa. E teve uma época que meu marido ficou desempregado. Aí depois eu parei de trabalhar. Fiquei um tempo ainda trabalhando de diarista, mas depois também não deu mais e estou até hoje só arrumando as coisas lá de casa. Mas eu que faço tudo. A minha irmã me ajuda também, mas eu que lavo, passo e cozinho ainda (...). Antes eu trabalhava em casa de família. Depois que descobri, aí parei. (...) Já tô melhorando e quero voltar a trabalhar logo.” (Dona Laís)

Portanto, para essas mulheres, o corpo é instrumentalizado para a produção, para a manutenção da subsistência; afinal, elas são integrantes da classe trabalhadora urbana, cuja forma de sobrevivência repousa no uso da força física. Por esse motivo a saúde é tão valorizada por essas mulheres, chegando a considerá-la como um bem. Carvalho (2002) coloca que a sociedade ocidental moderna espera que o indivíduo seja fisicamente perfeito, saudável física e mentalmente e, por conseguinte, produtivo. Se, por algum motivo, o indivíduo não consegue corresponder a essas expectativas, ele passa a ser discriminado, separado ou estigmatizado pela sociedade. A discriminação ocorre pelo fato de se ausentarem do trabalho durante o período do tratamento. Isso é caracterizado em nossa sociedade como improdutividade: o indivíduo é considerado inútil, uma carga para os demais e, portanto, deve ser deixado à margem.

Outro ponto a ser enfatizado é que no discurso dessas mulheres sobre o que é o câncer, elas o definem e analisam o contágio, tanto a partir do discurso biomédico -

por conseguinte elas demonstram que estão inseridas em uma relação de poder com o saber médico – quanto do discurso popular. Conforme Boltanski (1978), os membros das classes populares não são livres para desenvolver um discurso sobre a doença, sendo suas tentativas de explicação frequentemente seguidas de uma constatação de ignorância ou do apelo ao único especialista autorizado a falar sobre a doença: o médico. Conforme elas mesmas afirmam: “eu pensei que não tinha jeito. A gente ouve dizer que quem tem câncer pode melhorar, mas depois a doença volta”. Outra mulher explica que: “eu não tinha noção do que era a doença. (...) Me falaram que o câncer tem cura”. Por outro lado, sua condição de serem de uma classe popular faz com que elas sejam analisadas pelos profissionais de saúde por um viés preconceituoso e estigmatizante. De acordo com uma dessas mulheres, elas afirmam que: “os médicos falam que o câncer de útero é por causa de relação sexual desprotegida.” Os profissionais de saúde entrevistados afirmam que o câncer é:

“Uma doença de evolução lenta, muitas vezes de diagnóstico tardio. (...) O câncer é um problema social, envolve saúde, educação, assistência social (...). A grande maioria das mulheres têm o vírus HPV.(...) E está relacionada com a iniciação sexual precoce, os muitos parceiros, ou seja, à promiscuidade.” (Profissional de Saúde)

“É um grupo de doenças que têm impacto social maior do que o lado clínico ou médico. (...) Os pacientes estão adoecendo por alcoolismo, cigarro, mulheres que não têm acesso ao Papanicolau todo ano (...). 95% dos casos são causados pelo HPV, mas a infecção pelo vírus precisa de 10 a 15 anos para se desenvolver, por isso, mais uma vez, se trata de um problema social. Essas mulheres não têm acesso ao exame preventivo (...). Os outros 5% dos casos são causados por síndromes familiares, históricos genéticos da família, ou tumores histológicos de outros tipos (...). Elas (pacientes) têm dúvidas sobre o próprio prognóstico, que é a doença.” (Profissional de Saúde)

Então, para os profissionais de saúde, a conduta dessas mulheres está relacionada com o desenvolvimento do câncer, por conseguinte, há um ideal de moralidade perpassando os discursos. Nesse sentido, o elemento social aparece nos discursos dos profissionais para justificar a existência de uma conduta moral, hábitos nocivos, que causam o câncer, e não para compreender outras racionalidades e relações sociais. Assim, esses profissionais entram em contradição ao afirmar que a infecção pelo vírus aconteceu há 10 ou 15 anos, mas que a conduta promíscua, contínua, é que faz o câncer aparecer. Contradições de um discurso que moraliza os sujeitos. Nesses discursos, também, estão inseridos o caráter punitivo por se ter o câncer,

pois a pessoa desenvolveu a doença por algo errado que a pessoa tenha feito, isto é, a sua vida sexual, maus hábitos, etc.

De acordo com Corossacz (2009), nos seus estudos sobre diferentes modelos de reprodução, onde compara o dos médicos com o das mulheres da classe popular, ela observou nos discursos médicos sobre as gestações de suas pacientes da classe popular afirmações de que não são planejadas, falta de racionalidade ao se escolher e gerir a própria vida, a começar pela sexual e afetiva. Assim, o modelo de reprodução médico está no lado da cultura e o das mulheres das classes populares está no lado da natureza, animal, do biológico. Semelhante discurso aparece nos profissionais de saúde de HUB, quando afirmam que essas mulheres parecem não formular uma reflexão sobre o que tem, por isso não há possibilidade de elas participarem ativamente do tratamento, negociarem sobre o mesmo:

“(...) Elas (pacientes) são poucos instruídas. O nível e grau de escolaridade delas não permite essa participação (no tratamento) (...). O paciente do serviço particular interroga mais, porque é mais informado. Antes de ir à consulta ele pesquisa na internet, então, já chega sabendo o que é o tratamento (...). As pacientes daqui têm um conhecimento limitado, um entendimento limitado. Às vezes eu explico, explico, explico e tenho certeza de que ela saiu daqui sem entender nada... por mais que a gente use uma linguagem mais simples.” (Profissional de Saúde)

“Muitas delas (pacientes) têm a grande preocupação se vai viver. Porque, às vezes, elas nem sabem o que têm. Os médicos não falam se o que elas estão fazendo é curativo ou simplesmente paliativo, um jeitinho que estão dando na doença.” (Profissional de Saúde)

Portanto, na visão dos médicos, essas mulheres estão imersas em uma ignorância que não cabe o diálogo, muito menos a participação no tratamento. Esses profissionais contradizem estudos que comprovam que as pacientes com câncer que tiveram oportunidade de participar na tomada de decisão de seu tratamento experimentaram menos ansiedade e depressão (PINOTTI et al, 2008). A forma como o tratamento ocorre verticalizado, sem abertura para uma negociação, é imposto a todas da mesma maneira, observando unicamente o corpo biológico e a especificidade exclusivamente do tipo de câncer e não a singularidade da pessoa enquanto sujeito político inserido em um contexto social, capaz de negociação e escolhas. No HUB, de acordo com relatado de um profissional de saúde: “O

tratamento é padronizado, primeiro faz a quimio e a radio juntas, e depois a braqui. Todas passam por isso. E é indicação médica.”

Na efetivação dessa política de saúde, nos meandros de sua efetivação, a abordagem e explicação à paciente não é individualizada, no sentido de respeitar sua capacidade de assimilação das informações, na qual as dúvidas acerca da doença podem ser esclarecidas. Após a confirmação do diagnóstico de tumor maligno, as mulheres começam a busca por explicações para o aparecimento de uma doença considerada tão grave. Verifica-se que a percepção da doença, formada com base em uma pluralidade de aspectos e significados compartilhados socialmente, inclui também a experiência individual de cada uma das entrevistadas. Na medida em que se apropriam dos significados sociais da doença, seja do ponto de vista popular ou do ponto de vista médico, elas os confrontam com o seu comportamento ou com seus hábitos de vida, numa tentativa de reconhecer as possíveis causas para o aparecimento do câncer. E assim elas promovem uma releitura de suas vidas, das relações sociais mantidas, das emoções sentidas, das provações vividas e também do não vivido para explicarem porque estão com câncer:

“Acho que é por causa da canseira que a gente vive né. Todo dia correndo muito e trabalhando dia e noite”. “Fiquei com medo e perturbada (quando descobri)” (Dona Laís)

“(…) Acho que foi porque Deus quis me colocar essa provação na minha vida. Pra me fazer persistir na fé e no Senhor”. “(…) A única coisa que eu sabia é que muita gente está morrendo de câncer. Pensava o tempo todo que ia morrer. Passa pela cabeça da gente um questionamento de como foi a vida da gente: ‘Por que eu não fiz isso ou aquilo?’. Parece que o dia de morrer já está marcado e ia ser bem antes.” (…) “Porque eu tenho que ver minha neta crescer e ajudar a olhar ela ainda. E os meus filhos ainda precisam de mim. (...) Tenho que ficar com eles mais um tempo (...)” (Dona Deuseli)

Em suma, a concepção de corpo que organiza e ordena a prática social das mulheres entrevistadas está diretamente relacionada ao trabalho, à produtividade e a rede de relações sociais que irão mantê-las quando estiverem em tratamento, doentes e impossibilitadas de trabalharem. Tal concepção é elaborada a partir de significados compartilhados pelo grupo social ao qual pertencem. À medida que é compreendida a forma como essas mulheres percebem o próprio corpo, entende-se o medo que têm de adoecer. A doença significa perda da capacidade de

sustentação própria e do grupo familiar. Após passarem pelo tratamento, essas mulheres alteraram sua concepção sobre o processo de adoecimento e a relação que mantêm com seus corpos. Dona Deuseli afirma: “antes eu achava que não ficava doente, que era forte demais, que nunca ia dar essas coisas (...). Agora eu sei que todo mundo pode ter uma doença dessas.” Já Dona Laís relata: “hoje, eu falo para as mulheres que conheço fazerem exames, porque eu não queria no início e talvez podia ter começado a tratar antes.”

Percebe-se, assim, que elas passaram a compreender que seus corpos possuem um limite de produtividade que elas devem respeitar e, inclusive, se mostram atentas com relação ao cuidado consigo.

5 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO POR PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS DIVERSOS

Essas mulheres vivem um processo de adoecimento, portanto, elas não estão doentes ou elas não se encontram em um quadro clínico estático. Nesse sentido, elas transitam por procedimentos terapêuticos diversos, da automedicação à missa na igreja, da oração na televisão à braquiterapia. De acordo com Langdon (1994), a doença é um processo “experencial”, sendo assim, suas manifestações dependem de fatores culturais, sociais e psicológicos, operando conjuntamente com processos psicobiológicos. Em uma abordagem interpretativa, o processo terapêutico é considerado uma negociação de interpretações entre pessoas com conhecimento e posições de poder diferenciadas. Nesse sentido, as pessoas desenham itinerários terapêuticos, portanto, negociam nas redes de relações sociais em que se encontram, quais procedimentos são mais adequados ao momento em que estão vivendo o adoecimento, que, por sua vez, passa por transformações contínuas. Desse modo, essas mulheres associam os tratamentos no HUB com outras terapêuticas, como sistemas religiosos. A religiosidade permeia todo o discurso das pacientes sobre o aparecimento e o tratamento do câncer. De acordo com Carvalho (2002) isso acontece porque a nossa sociedade recorre à religiosidade para preencher determinadas lacunas, das quais a ciência não consegue dar conta, como, por exemplo, o apoio e conforto que a fé pode dar diante de uma morte iminente, ou do aparecimento de uma doença grave.

Nas falas das mulheres entrevistadas, verifica-se que elas se utilizam da fé e da religiosidade não só como uma forma de conforto e apoio, mas também como um instrumento que interpreta, organiza e explica os acontecimentos em que elas estão envolvidas, como o aparecimento do câncer e sua cura. Dona Deuseli afirma que:

“Eu peço pra Ele interceder por mim, pra eu ficar curada de uma vez disso. Pra Ele me dar força porque eu tenho que ver minha neta crescer e ajudar a olhar ela ainda. E os meus filhos ainda precisam de mim. Esse meu menino que mora aqui até que não porque já casou, mas o outro precisa. Mas essa mulher que mora com ele também, ela não sabe muita coisa assim, não. Aí eu tenho que ficar com eles mais um tempo, mas também a gente tem que pedir pra Deus levar a gente na hora da vontade Dele.”

E as orações são tanto de católicos quanto de evangélicos:

“Eu acredito na Santa Maria porque ela é que intercede junto de Deus, de Jesus que é o filho dela. Se você pedir pra ela e ela pedir pra Jesus pode ter certeza que realiza, que te salvarão. Aí eu sempre peço pela interseção divina dela. Mas eu também leio orações de outros santos: Santo Expedito, São José, Santo Agostinho. Aqui em casa tem um monte daqueles papeizinhos que a gente pega na porta da igreja ou na rua, que o povo distribui. Eu leio até aqueles de crente, sabe! Mas eu sou católica, só que se eu recebo de alguém eu não posso jogar fora sem ler porque às vezes é promessa das pessoas, aí eu quebro a corrente dela (...). Eu queria ter ido em Trindade (GO) porque lá tem muito benzedeiro bom mesmo, mas o meu filho não deu jeito de me levar”. (Dona Deuseli)

“As missas do Padre Moacyr (padre de Taguatinga) me ajudaram. Eu ia lá e me libertava de tudo que tava sentindo, todos os pensamentos ruins e todas aquelas dores, angústias. Fui um tempão lá porque era bom demais, não dava nem vontade de ir embora. Acaba tarde, você sabe que as missas lá vão até tarde da noite. Eu saía de lá com a minha irmã e a gente voltava de ônibus sozinha”. (Dona Deuseli)

A busca da cura através de meio sobrenaturais não é um privilégio de nenhuma classe social no Brasil. Ela permeia todos os estratos de nossa sociedade, embora cada estrato tenha sua forma peculiar de dar significado às suas experiências e práticas (MINAYO, 1994). Assim, a recorrência à religiosidade na fala das mulheres como uma terapêutica se deve ao fato da fé fazer parte da nossa maneira de pensar, agir e sentir que se diversifica na sociedade brasileira.

Sobre o tratamento no HUB, essas mulheres afirmam que passaram por vários. Dona Deuseli diz que iniciou o tratamento em 2011 e continuou até o início de 2012. No seu tratamento não fez cirurgia porque “o médico falou que do jeito que está o câncer, não ia mexer em nada.” Sobre os outros tratamentos, ela afirma que:

“Fiz cinco ciclos (de quimioterapia), porque pode mudar a medicação durante o tratamento. Há remédios que a gente passa mais mal, há outros que a gente fica melhor (...), aí depende de cada um. Comecei no início de 2011, no mês de março e fiquei até outubro, novembro. (...) da braqui, eu lembro direitinho, tem menos tempo e é horrível. Foram quatro vezes, uma em cada semana. Comecei na última semana de janeiro, porque era até aniversário do meu filho no dia”.

Outra paciente analisa o tratamento da braqui:

“Sinto enjoo no estômago e calafrios até uns dois dias depois de sair daqui. Dói também lá dentro, na hora que está fazendo. Assim, não dói, dói... é ruim! Incomoda (...). Agora não volto mais! Acabei as quatro seções e tem que esperar. Me disseram pra voltar no médico, fazer outros exames e daí vai depender dos resultados. É difícil, né! Mas eu tenho sorte de ter gente

que vem comigo toda semana. (...) Eu ainda não sei se curou! Mas eu acho que sim.” (Dona Laís)

Quando são questionadas sobre se gostaram do tratamento no HUB e se ele foi efetivo, elas enfatizam os momentos de conversa com as enfermeiras e quando se encontram nas salas de espera, a “salinha”:

“(...) Venho aqui e as enfermeiras conversam, elas têm muita paciência com o povo (...). As enfermeiras eu via todo dia. Elas falavam do que tinha que fazer e perguntavam o que eu tava sentindo. Elas também ajudavam com os enjoos: ‘isso é bom, mais isso não pode porque piora’ (...) Elas (enfermeiras) explicam dos efeitos que podem acontecer por causa do tratamento e o que a gente tem que fazer quando acontecer.” (Dona Deuseli)

“Encontrei pessoas que me atendem com muita atenção e carinho. Todo mundo me chama pelo nome e todo dia que eu venho falo com as meninas ali da salinha. Eu acho muito bom!” (Dona Laís)

Sobre as salas de espera da braqui e quimio, a “salinha”, cabe uma reflexão, pois no discurso dessas mulheres elas parecem criar uma terapêutica coletiva que subverte o que se entende como sala de espera dos hospitais. Além disso, são os momentos vividos na “salinha” que são lembrados com maior ênfase no processo de alívio do tratamento:

“Na quimio, a sala (do tratamento) fica lá em cima. A gente chega cedo e espera a enfermeira chamar pra tomar a medicação, às vezes é rápido, mas quando trocou a medicação demorava mais. Lá tem lanche pra cada pessoa de um jeito, porque tem uns que podem comer isso, outros aquilo. Tem que ir acompanhada, mas a pessoa tem que ficar de fora naquela sala de TV esperando, só se tiver alguma coisa que eles chamam. Tem uns dias da semana que vai gente voluntária tocar música também. A braqui faz embaixo mesmo. Também tem que chegar cedo porque passa pela consulta de enfermagem toda vez. A enfermeira falou que quando demora é porque a energia do equipamento está no fim, mas quando é nova é super rápido. Quando eu fui, demorou um pouco. As enfermeiras colocam as agulhas na gente e deixam lá até acabar. Também tem que ir com alguém pro caso de precisar. (...) Lá, quando a gente tava esperando, conversava com outras pessoas. No primeiro dia, eu já falei com uma senhora lá que tinha problema na mama. E na sala que quimio, é sempre as mesmas pessoas, aí a gente acostuma e faz amizade. (...) Na sala de espera mesmo. Mas eu conheci duas que a gente conversou mais no dia da palestra, no primeiro dia. Tinha outras pessoas que tinham a doença em outros locais, homens também estavam lá. Aí eu sempre via as mesmas pessoas porque ia todo dia. Acaba fazendo amizade... é muito tempo!” (Dona Deuseli)

Nessas salas de espera, essas mulheres criam uma rede de solidariedade onde compartilham experiências, sensações, dores, formas alternativas de lidar com o tratamento. Com relação aos procedimentos desta pesquisa aconteceu um fato que

merece uma análise, pois é revelador dos entendimentos diversos com relação à sala de espera. Quando esta pesquisa foi para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que deve avaliar os procedimentos metodológicos e se há riscos e constrangimentos às pacientes - o parecerista do CEP, que analisou este projeto de pesquisa, é um profissional de saúde do HUB e ficou incomodado com fato de que essas mulheres seriam abordadas na sala de espera do HUB e sugeriu que as entrevistas não fossem feitas nessa localidade. Obviamente, que essa sugestão não levou em consideração a escolha das pacientes, se elas aceitavam ou não realizar a entrevista na sala de espera, mas a percepção desse profissional sobre o que é sala de espera. Esse “cuidado” do parecerista com a sala de espera levanta alguns problemas que merecem análise.

O câncer é uma doença estigmatizante, onde se trava uma batalha no procedimento terapêutico. Assim, na vivência desse estigma, espera-se encontrar mulheres que sofrem de uma doença grave, mortal, e os espaços onde elas se encontram também devem expressar esse sofrimento. Para um profissional de saúde, a sala de espera é um local onde se impera o sofrimento, por isso as intervenções em salas de espera que pretende produzir um ambiente acolhedor são experiências recentes. Uma forma de intervenção é o acolhimento, o qual é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003. O sentido de acolher se propõe criar uma ação de aproximação, de estar com, uma atitude de inclusão. No entanto, diante do fato de ser uma experiência recente, há muito a ser discutido para efetivá-lo, movido pela crítica dos espaços no interior dos hospitais, postos de saúde e etc. Nas salas de espera, a ordem do silêncio, do ambiente sisudo, totalmente relacionado com a proximidade com a morte são os elementos que os profissionais de saúde, conseqüentemente, o parecerista, entendem que deve vigorar. Supõe-se que essas mulheres se encontram diante da morte a todo o momento, por isso a sala de espera não é o local para se fazer entrevistas, pois lá está sendo travada uma batalha.

No entanto, no processo de saúde-adoecimento dessas mulheres, conforme foi visto anteriormente, elas passaram pela proximidade com a morte, principalmente, quando descobriram a doença. Mas, ao longo do tratamento, na sala de espera, elas subvertem o silêncio e a imposição de serem contidas. Elas conversam, se conhecem, descobrem outros tipos de câncer, discutem o tratamento, enfim fazem

tudo o que não é feito com o médico. Seria como se essas mulheres se subvertessem enquanto sujeitos e se elevassem acima dos estigmas que lhes são impostos pela sociedade, antes, durante e após o tratamento, e criassem suas terapêuticas. Essas redes de apoio, que são criadas ao largo do discurso e procedimentos médicos, devem ser levadas em consideração e reconhecidas, pois são as pessoas que usufruem do SUS, alvos de uma gestão e programação política que não as alcançam em sua plenitude, criando e reinventando dentro do SUS alternativas de cuidado que complementam o tratamento do HUB. Em suma, a partir do evento ocorrido no CEP, foi possível atentar para os espaços dentro do hospital e como esses são interpretados de maneira diversa pelos atores sociais envolvidos. E essas mulheres enfatizaram nas entrevistas, quando perguntadas se gostaram do tratamento do HUB, a importância da “salinha” em alcançar bons resultados.

Portanto, com relação às tecnologias, as mulheres enfatizam a dor e não as relaciona com a cura, mas elas situam a “salinha” como o local onde se encontra uma melhora no processo de saúde-adoecimento. Por sua vez, os profissionais de saúde enfatizam as tecnologias usadas como revolucionárias e efetivas. O desenvolvimento tecnológico é um elemento importante na tratamento do câncer e em diminuir a mortalidade, não se está questionando aqui sua efetividade. O propósito deste trabalho é analisar como as pessoas entendem e vivem o uso da tecnologia. Portanto, para os profissionais de saúde, desde a sua inauguração, o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do HUB, se tornou uma referência na rede pública do DF, devido à importância dos equipamentos de ponta que são utilizados no combate ao câncer. Assim, na página da internet do HUB, encontra-se as seguintes afirmações, feitas por médicos:

“Estamos utilizando a mais nova tecnologia do mercado, com equipamentos de alta taxa de dose que diminuem o tempo de internação do paciente de dias para minutos.”

“É um equipamento que simula o tratamento em um software e controla as doses de radiação que os tecidos sadios adjacentes ao tumor receberão. Representa um tratamento com menos efeitos colaterais e com maior garantia de sucesso.”

Nas falas dos profissionais de saúde entrevistados também é possível identificar a importância dada às tecnologias empregadas no tratamento. Quando questionados

a respeito dessas para o tratamento do câncer no HUB, os profissionais reconhecem somente a modernidade desses instrumentos:

“O aparelho de braqui, o acelerador linear da tele, e a tomografia para diagnóstico de imagem (são os aparelhos usados no tratamento).”

“Aqui nós utilizamos o planejamento 3D, que é com tomografia (...). Nos outros lugares eles utilizam o 2D. Aqui a qualidade do tratamento é muito melhor.”

“Planejamento tridimensional. Nos outros lugares é 2D, o médico apalpa o paciente pra tentar saber mais ou menos onde o tumor está. Aqui fazemos a tomografia, onde é possível desenhar o tumor, saber o tamanho exato dele, quais órgãos estão prejudicados, quanto de dose será aplicado no tumor, quais as chances do paciente... é mais complexo.”

É possível perceber que a ênfase dada ao tratamento de câncer de colo uterino pelos profissionais envolvidos diariamente no atendimento às pacientes portadoras desta doença é destinada exclusivamente às máquinas e equipamentos de ponta, além de metodologias de trabalho consideradas de última geração e que contemplem todos os aspectos clínicos do tumor. Conseqüentemente, o apoio familiar, o convívio e as conversas com a equipe de profissionais do Hospital e as crenças das mulheres não são levadas em consideração para os processos de recuperação e cura das mesmas. Principalmente, a terapêutica coletiva criada por essas mulheres no HUB são invisíveis aos profissionais de saúde. Tais situações não poderiam estar fomentando novas tecnologias?

Acredito que seria interessante reconhecer e fomentar a rede de apoio/terapêutica criada pelas usuárias dos serviços de oncologia do CACON nas salas de espera ("salinhas"), uma vez que estes são os espaços privilegiados das conversas, discussões e trocas de informações e experiências das mulheres em tratamento, conferindo-lhes o apoio, conforto e confiança necessários para lidar com os estigmas impostos pela sociedade, bem como com os procedimentos terapêuticos invasivos aos quais são submetidas. Assim, essa nova terapêutica construída pelas mulheres, poderia ser considerada como uma tecnologia leve que tem muitos resultados positivos sobre os processos de adoecimento e tratamento do câncer.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme foi discutido anteriormente, o tratamento de câncer de colo de útero é muito invasivo e representa para a mulher uma grande mudança em sua rotina, exigindo uma flexibilidade adaptativa tanto física como emocional (FIDÉLIS, 2007). Dependendo da carga de radiação disponibilizada no equipamento, do tamanho e tipo do tumor, a idade e as condições de saúde da mulher, essas podem passar de 10 minutos a 3 horas sofrendo a irradiação da braquiterapia (FRIGATO & HOGA, 2003), o que, inevitavelmente, leva à transformações na vida das pacientes como um todo.

Os efeitos colaterais dos tratamentos para o câncer são variáveis de pessoa para pessoa e ao longo do tratamento, no entanto, em sua maioria, criam expectativas e alteram, radicalmente, a vida das pacientes. Alguns são procedimentos mutiladores, que transformam a condição física, emocional, social e sexual da paciente. Outros causam náuseas, vômitos, queda de cabelo, fraqueza, palidez, infecções, sangramento, diarreia, prisão de ventre, fadiga, alterações da pele e unhas e toxicidade sobre os nervos. As categorias ou expressões usadas para definir tais procedimentos, como “guerra contra o câncer”, revelam a dramaticidade e igualam-nos aos estigmas da doença, que “consome a pessoa” e deve ser “atacada”. Assim, do diagnóstico ao tratamento, o paciente vai do ataque ao contra-ataque, adentrando em uma “guerra” onde espera sofrer efeitos desconhecidos e que supõe serem avassaladores sobre seu corpo, fazendo-o viver rupturas radicais na sua vida.

Pacientes com câncer de colo de útero se encontram fragilizadas e ansiosas com o diagnóstico, prognóstico e com as mudanças na vida pessoal e familiar provocadas pela doença. No decorrer do tratamento a condição de fragilidade se potencializa, o que demanda atenção especial da equipe multiprofissional envolvida com seu tratamento. Cabe-lhes, além da ação terapêutica propriamente dita, dar suporte às pacientes oncológicas para o enfrentamento da doença. No entanto, na efetivação dessa tratamento, os profissionais de saúde se voltam totalmente para a eficácia da tecnologia, desconsiderando outros elementos na terapêutica. Esse olhar para as técnicas, corpo biológico e cura e, não para a pessoa em sua singularidade, leva a

problemas de adesão ao tratamento, angústia, incompreensão e, conseqüentemente, ao não usufruto pleno do seu direito à saúde, garantido pelo Estado brasileiro. A maneira como os serviços públicos e as tecnologias são disponibilizadas sem observarem as pacientes como pessoas que vivem, sentem e se relacionam, não há como garantir devidamente esse direito.

No HUB, o que se observa é essas mulheres subvertendo essa ordem, emergindo dos estigmas vividos pelos pacientes com câncer, criando uma terapêutica alternativa. A “salinha” do HUB subverte o espaço e as relações sociais esperadas pelos profissionais de saúde, e o silêncio dá lugar para a conversa, confidencialidade, trocas de experiências e alternativas para lidar com as terapêuticas. Por sua vez, a formação dos profissionais de saúde e a atividade diária em um hospital público fazem com que esses se prendam nas tecnologias, fechando-se em seus mundos e alheios a criatividade dos usuários do SUS que fomentam seus próprios procedimentos.

*

*

*

Ao ver se fechar o ciclo da minha formação como sanitarista e diante das entrevistas que fiz com essas mulheres pobres, trabalhadoras e usuárias do SUS, que são excluídas e inseridas em relações de desigualdade, faço uma reflexão sobre essa formação que, a meu ver, é diferenciada: a de Bacharel em Saúde Coletiva ou Sanitarista. Acredito que temos um olhar abrangente das ciências sociais, da epidemiologia e da gestão e política, fazendo uso dos conceitos, ferramentas e instrumentos analíticos dessas disciplinas, o que nos permite compreender as singularidades e os diferentes tipos de realidades sociais e, ainda, os entendimentos dos profissionais de saúde sobre as novas tecnologias. Assim, esse olhar diferenciado permite uma crítica ao sistema, aos processos de gestão, que reproduzem relações desiguais, marginalizam e estigmatizam, por exemplo, essas mulheres, pois há uma preocupação em conhecer os usuários do SUS e quem são os profissionais de saúde atuantes no mesmo. Não se está enfatizando aqui que o

sanitarista será o salvador do SUS, mas será um novo profissional com habilidades que irão somar no intuito de proporcionar serviços de saúde integrais quanto à compreensão das pessoas adoecidas, em processo de tratamento, recuperação e/ou cura.

REFERÊNCIAS

ANJOS, A. C. Y. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):33-40.

BRETON, D. O corpo acessório. In: **Adeus ao Corpo: antropologia e sociedade**. Campinas, SP: Papius, 2009.

BRETON, David. Entrevista de David Le Breton a Bárbara Duarte. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, 10 (28): 176-184. ISSN 1676-8965, abril de 2011. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Index.html>>. Acesso em: 24 out. 2012.

BOLTANSKI, L. “A descoberta da doença: difusão do conhecimento médico” e “Medicina popular e medicina científica”. In: **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Editora Graal, 1978.

BURY, M. “Chronic illness as biographical disruption. In: **Sociology of Health and Illness**, vol. 4, nº 2, pp 167-182, jul.2008.

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

CARVALHO, Janaína de Cássia. **Corpo feminino e mutilação: um estudo antropológico**. Goiânia: Editora UFG, 2002.

FIDÉLIS, Valéria Cristina. **Câncer no colo do útero: a importância do ampliar a consciência para o resgate da criatividade na mulher**. São Paulo: FACIS/IBEHE, 2007.

FRIGATO, Scheila; HOGA, Luiza Akiko Komura. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 49(4):209-214, out.-dez. 2003.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação deteriorada**. São Paulo: LTC 1988.

GUSMÃO, Cid. **Dia mundial de combate ao câncer coloca em evidência a evolução no diagnóstico e tratamento da doença**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.revistavigor.com.br/2012/04/08/dia-mundial-de-combate-ao-cancer-coloca-em-evidencia-a-evolucao-no-diagnostico-e-tratamento-da-doenca/>> Acesso em: 01 set. 2012.

GROPP, B. M. C. A pesquisa etnográfica. In: Trevisan, L. e C.; Araújo, M. C. de. (orgs.). **Transformações no trabalho**. São Paulo: Olho d'Água, 2002.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HUB, Hospital Universitário de Brasília. **Centro de Alta Complexidade em Oncologia**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/wwwroot/noticias/hub_informa/oncologia.htm> Acesso em: 17 jun. 2012.

HUB, Hospital Universitário de Brasília. **HUB completa 700 inserções**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/braquioterapia_211010.html> Acesso em: 21 out. 2011.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil**. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, 2011.

LANGDON, Jean. Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, Ricardo V.; COIMBRA JR., Carlos E. A. (orgs.). **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

MAUSS, Marcel. As técnicas do corpo. In: _____ **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naity, 2003.

MARUYAMA, Sônia Ayako Tao. **A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores**. Ribeirão Preto, 2004.

MINAYO, M.C. Representações da cura no catolicismo popular In: ALVES, P.C. (org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

MONTAGNER, Maria Inez; MONTAGNER, Miguel Ângelo. Ruptura biográfica, trajetórias e *habitus*: a miséria do mundo é um câncer. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. p. 93-216, Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/975>>. Acesso em: 01 out. 2012.

PINOTTI, José Aristodemo; et al. **Oncologia ginecológica: aspectos atuais do diagnóstico e do tratamento**. São Paulo: Monole, 2008.

RIBEIRO COROSSACZ, V. Capítulo 7 – Dois mundos confrontados: as histórias reprodutivas dos médicos e as pacientes. In: **O corpo da nação: classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro**. Ri de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

UNB, Agência. **Autoridades destacam equipamento de ponta do Cacon**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=2186>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

ANEXOS**QUESTIONÁRIO INICIAL (MULHERES/COLABORADORAS)**

Idade: ____ anos.

Estado civil:

() Solteira. () Casada. () União estável. () Divorciada. () Viúva.

Escolaridade:

- () Analfabeta.
- () Fundamental completo.
- () Fundamental incompleto.
- () Médio completo.
- () Médio incompleto.
- () Superior completo.
- () Superior incompleto.

Religião:

- () Católica. () Protestante. () Budista. () Espírita. () Evangélico.
- () Outras.

Atividades laborais:

- () Ativa. () Afastada. () Aposentada. () Outra.

Qual? _____

Residência:

- () Casa própria. () Aluguel. () Outra.

Com quem mora?

Como descobriu que estava com a doença?

Por que acha que ficou com a doença?

Modos de enfrentamento da doença. Quando descobriu conversou com alguém, buscou ajuda com quem?

Ex: busca de prática religiosa, busca de suporte social, busca de apoio familiar.

Por quais tratamentos já passou no HUB? Como se sente depois de passar por cada um?

Já recorreu a outras práticas medicinais?

() Não.

() Sim. Qual(is)?

Buscou alguma outra forma de tratamento além dos médicos (cura religiosa, raizeiros, benzedeiros, pessoas que oram, etc)?

O que é o corpo para você? E alma?

Como era sua vida antes de ter a doença?

No que sua vida mudou depois de começar o tratamento?

Você sentiu alguma mudança no seu corpo depois de ter recebido o diagnóstico/saber que está com a doença?

O que é ter saúde para você?

Qual o significado de doença para você?

O que acha dos tratamentos nos hospitais, com os médicos?

Como você se relaciona com os profissionais responsáveis pelo cuidado e assistência médica do CACON?

QUESTIONÁRIO INICIAL (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Nome: _____

Formação: _____

Profissão/cargo: _____

Há quanto tempo trabalha com o tratamento do câncer? _____

Há quanto tempo trabalha no CACON/HUB? _____

Já trabalhou em outros hospitais? Em qual área?

Quais são os tratamentos para câncer que o CACON oferece?

Você conhece outros tipos de tratamento para o câncer, diferentes dos utilizados no CACON?

Quais as tecnologias usadas no tratamento da doença?

O que você acha das técnicas usadas no CACON/HUB? São diferenciadas em relação a outros hospitais de Brasília?

Como você entende o câncer?

Como se dá o desenvolvimento do câncer de colo de útero?

Como vê as alterações sofridas pelas pacientes em decorrência da doença e do tratamento? (corpo, comportamento, o que elas sentem e relatam aos profissionais)

As pacientes têm participação no tratamento? (escolha do tratamento, por exemplo)

Você acha que as pacientes do CACON, que estão na rede pública, compreendem da mesma maneira o tratamento que uma paciente de uma clínica particular? É preciso explicar mais ou menos para as pacientes do CACON?

O tratamento dispensado às pacientes do HUB é diferenciado em relação a outros hospitais?

Há uma equipe de profissionais atuando no tratamento do câncer no CACON? (quais profissionais compõem essa equipe?)

Como a equipe de profissionais responsáveis pelo cuidado e assistência médica do CACON se relaciona? Vocês se encontram? Realizam reuniões?
