

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia



**ATENÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: UM OLHAR SOBRE O
COTIDIANO INSTITUCIONAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE NATAL**

Greyce Gondim Guimarães

Natal
2006

Greyce Gondim Guimarães

**ATENÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA: UM OLHAR SOBRE O
COTIDIANO INSTITUCIONAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE NATAL**

Dissertação elaborada sob a orientação da Profa. Dra. Martha Traverso-Yépez e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal
2006

Catálogo da Publicação na Fonte. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Biblioteca Setorial Especializada do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes – CCHLA.

Guimarães, Greyce Gondim.

Atenção precoce do câncer de mama : um olhar sobre o cotidiano institucional de uma unidade de saúde de Natal / Greyce Gondim Guimarães. – Natal, RN, 2006.

109 f.

Orientadora: Profª Drª Martha A. Traverso-Yépez.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Psicologia.

1. Psicologia da saúde – Câncer de mama – Dissertação. 2. Programa de Saúde da Família (PSF) – Dissertação. 3. Atenção precoce – Dissertação. I. Traverso-Yépez, Martha A. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BSE-CCHLA

CDU 159.938.363.6:616-006.6

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação "Atenção precoce do câncer de mama: um olhar sobre o cotidiano institucional de uma unidade de saúde de Natal" elaborada por "Greyce Gondim Guimarães", foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, 27 de outubro de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Martha A. Traverso-Yépez (orientadora)



Profª. Dra. Severina Alice da Costa Uchoa



Profª. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes



*Com Aldas, Alices e Antonietas
talvez não precise me preocupar tanto.
Elas caminham com suas próprias pernas.
Ao adoecerem vão à luta precocemente,
com a benção da boa informação
e os recursos que têm disponíveis.
Mas por tantas outras mulheres
desassistidas, que a cada ano morrem
de câncer de mama neste país,
eu pretendo lutar.
Sei que tantas destas mortes são evitáveis e,
portanto, indignas, injustas.*

Sylvia Leal

Dedico este trabalho

... à minha família:

Claúdio e Rejane, meus pais

“Por tudo que fizeram e sempre tem feito por mim, pelo apoio e incentivo constante durante toda a minha vida e sem os quais nada teria sentido”

Gisele e Gustavo, meus irmãos

“Apesar de serem mais novos são exemplos para mim e também sem os quais nada teria sentido”

Alexandre, meu companheiro

“Pelo amor de sempre, pelas alegrias de sempre, pelas lágrimas de sempre, pelas conquistas de sempre, por compartilhar comigo tantos momentos importantes e por ter dado um novo sentido à minha vida”

... e também:

À Martha, minha orientadora

“Por ter sido muito mais que uma orientadora, que me fascinou com sua dedicação ao ensino e que é um exemplo que espero seguir”

... e especialmente:

“Aos Profissionais de Saúde da Unidade Mista de Felipe Camarão que apesar de todos os obstáculos continuam lutando por tantas mulheres e por eles mesmos”

Agradeço este trabalho

A **Deus**, por estar presente em todos os momentos da minha vida...

À professora **Martha Traverso-Yépez**, meu imenso agradecimento por todo o apoio, carinho, paciência, por todas as “nossas conversas” que tanto influenciaram meu crescimento não apenas acadêmico, mas, sobretudo, enquanto ser humano. A você, minha eterna admiração.

A todos os **Profissionais de Saúde da Unidade Mista de Felipe Camarão**, agradeço por todo o interesse, pelo partilhar das experiências e conhecimentos que tornaram possível a realização deste trabalho.

Aos **Docentes** do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN por todas as contribuições à realização deste trabalho.

À **Cilene**, pela paciência, disponibilidade, dedicação e acolhimento a todos os alunos da pós-graduação.

À minha melhor amiga **Andréa Bragança**, com quem dividi muitas angústias, lágrimas, muitas conquistas, sorrisos, sonhos e que é um exemplo de mulher, mãe, amiga, profissional e um ser humano muito especial.

Às amigas da base, especialmente à **Verônica Pinheiro**, **Josheanne Bernardino** e **Lílian Gomes** que estiveram sempre tão perto durante toda essa caminhada.

Aos amigos, **Mônica Link** e **Maio Spellman** por terem tornado a longa caminhada do mestrado mais fácil de percorrer e inundada de alegrias e boas energias. Desde já, muitas saudades.

A **CAPES** pela bolsa, cujo apoio financeiro viabilizou esta pesquisa.

Sumário

Lista de Figuras	viii
Resumo	ix
Abstract	x
Apresentação	11
Introdução	13
1. Compreendendo o câncer de mama	19
1.1 Fatores de risco	22
1.2 Atenção precoce do câncer de mama	24
1.3 Formas de tratamento	30
1.3.1 Cirurgia	30
1.3.2 Radioterapia	33
1.3.3 Quimioterapia.....	34
1.3.4 Hormonioterapia	34
1.4 Os desdobramentos psicossociais	35
1.5 Câncer de mama: um problema de saúde pública.....	36
2. A atenção precoce do câncer de mama no contexto do SUS	39
2.1 Discursos acerca da atenção precoce do câncer de mama	40
3. O Programa de Saúde da Família (PSF) e a atenção precoce do câncer de mama	45
4. O percurso metodológico	49
4.1 Participantes e estratégias para a obtenção e análise das informações	51
4.2 Contextualizando a pesquisa	53
4.3 O caminho percorrido	56

5. Mapeando os discursos e as práticas dos profissionais de saúde do PSF da UMFC em relação à atenção precoce do câncer de mama.....	59
5.1 Da difícil facilidade: da expressão das políticas aos empecilhos nas práticas cotidianas	61
5.1.1 Pouca familiaridade com os discursos oficiais.....	61
5.1.2 Como é referida, na prática, a política de atenção precoce do câncer de mama	62
5.1.3 Ênfase nas campanhas sem garantir a retaguarda dos serviços.....	63
5.1.4 Como a atenção precoce é dificultada pela estruturação do serviço: empecilhos destacados	65
5.1.5 Câncer de mama ainda não é uma prioridade nas discussões e práticas dos profissionais	77
5.2 Da fácil dificuldade: mais empecilhos nas práticas cotidianas	81
5.2.1 Os descaminhos que levam ao diagnóstico tardio.....	86
5.2.2 Os caminhos que levam ao diagnóstico precoce.....	89
5.3 Facilitando processos de ressignificação: possibilidades de transformação	90
5.3.1 O que deveria... ..	90
5.3.2 O que poderia... ..	91
Considerações finais	93
Referências Bibliográficas	99
Apêndices.....	107
Apêndice A: Parecer do Comitê de Ética em pesquisa – CEP.....	107
Apêndice B: Roteiro de Entrevista	108
Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	109

Lista de Figuras

Figura 1. Processo de carcinogênese mamária.....	19
Figura 2. Câncer de mama e seus sinais.....	20
Figura 3. Imagens das alterações benignas da mama.....	21
Figura 4. Exame clínico das mamas.....	25
Figura 5. Auto-exame das mamas.....	26
Figura 6. Mamografia.	28
Figura 7. Tipos de cirurgias não-conservadoras.	31
Figura 8. Tipos de cirurgias conservadoras.....	32
Figura 9. Reconstrução mamária.....	32
Figura 10. Taxa bruta de mortalidade para o período de 1979 a 2000.....	37
Figura 11. Mapa da cidade de Natal-RN indicando o bairro de Felipe Camarão (sem escala).	54
Figura 12. Imagens da UMFC.....	55
Figura 13. Fluxograma do atendimento das usuárias da UMFC em relação ao câncer de mama.....	67

Guimarães, G.G. (2006). *Atenção precoce do câncer de mama: um olhar sobre o cotidiano institucional de uma unidade de saúde de Natal*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

Resumo

O câncer de mama é considerado um grave problema de saúde pública mundial em decorrência do aumento da sua incidência, da mortalidade de mulheres e das grandes somas dispensadas para equacionar as intervenções terapêuticas empregadas a esta neoplasia. Entretanto, este panorama apresenta variações. Em países desenvolvidos há o aumento da sua incidência, entretanto há a redução da sua mortalidade, sobretudo, pelo direcionamento das ações de saúde à sua atenção precoce, implicando na cura da grande maioria dos casos e na diminuição dos impactos físicos e psicossociais. No Brasil, nos deparamos com a elevação tanto de sua incidência quanto de sua mortalidade, em virtude, muitas vezes, do retardamento na sua detecção o que ocasionará o seu diagnóstico tardio. Vários estudos têm sido realizados abordando a temática supracitada e muitos destes estão direcionados às experiências das mulheres. Contudo, percebeu-se a carência de pesquisas relacionadas à compreensão da dinâmica da atenção precoce do câncer de mama a partir do olhar dos profissionais de saúde. A presente pesquisa foi realizada na Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) com 11 profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Objetivou-se compreender como a temática da atenção precoce estava sendo articulada, discutida e realizada nas ações cotidianas dos profissionais dessa instituição. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e a análise e discussão das informações obtidas foi empreendida sob a perspectiva da abordagem da Etnografia Institucional. Observou-se que as ações dos profissionais voltadas à atenção precoce do câncer de mama não acontecem em um vazio, mas são construídas social, institucional e relacionalmente e essa interdependência acaba influenciando suas ações e posicionamentos em relação à temática desta investigação.

Palavras-chaves: câncer de mama, atenção precoce, programa de saúde da família (PSF)

Guimarães, G.G. (2006). *Breast Cancer Early Detection: Overview of Everyday Institutional Setting at a Public*. Unpublished master's thesis, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal

Abstract

Breast cancer has been considered a grave global public health problem due to its increase in incidence, in women's mortality and in the amount of financial resources spent on the therapeutic interventions used in the treatment of this neoplasia. However, this scenario presents some variations. In developing countries, the incidence of breast cancer is increasing but, on the other hand, the mortality is declining among patients because of public health actions toward early diagnostic that also result in cure of patients and decreasing levels of physical and psychosocial stress. In Brazil, we face of both the increasing number of breast cancer incidence and number of mortalities. Almost always the reason for that is a delayed detection that will provide a late diagnostic. The early detection of breast cancer has been studied in several researches. Some of them are concerned with women's experiences. Despite that, there is a lack of researches on dynamic comprehension of early attention to breast cancer from the health professionals' points of view. The present research was carried out at the Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) and it was conducted with 11 professionals who work in the Family Health Program (PSF). The aim was to understand how early diagnostic and attention to breast cancer is being planned, discussed and accomplished by health professionals' in their day-to-day actions. Semi-structure interviews were held individually with each professional, in a way that they could feel free to express their ideas about several issues. All the information from these interviews was analyzed and discussed using an Institutional Ethnographic approach. It was observed that the actions of health professionals working with early detection of breast cancer does not take place in a vacuum; they occur within institutional, relational and social ways. This interdependence influences their actions and points of view on the theme.

Keywords: Breast Cancer, Early Detection, Family Health Program (PSF).

Apresentação

*“Quando a gente pensa que sabe
todas as respostas vem à vida e muda todas as
perguntas”.*
Emily Paul

Sempre chegava cedinho na Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) quando tudo ainda estava calmo e tranquilo. Perto de 07h30min a unidade começava a ganhar vida e os corredores iam sendo inundados de pessoas e vozes. Mulheres com seus filhos, ora mamando, ora chorando; homens pedindo informações sobre as consultas e receitas de remédio; idosos chegando para a reunião de hipertensos e diabéticos, profissionais de saúde atendendo em suas salas, nas passagens, nos bancos.

O estranhamento inicial logo se desfez e aos poucos fui reconhecendo os rostos, os espaços, a movimentação, os sons e também fui sendo reconhecida e, sobretudo, acolhida pelos profissionais da unidade, independente de sua participação nessa pesquisa. A fácil integração no “cenário de investigação” favoreceu e contribuiu à compreensão do fenômeno social ao qual eu estava me debruçando.

Laplantine (1988) afirma que “se é possível, e até necessário, *distinguir* aquele que observa daquele que é observado, em compensação, é impensável dissociá-los” (p.169). Nós somos pessoas observando e interagindo dialogicamente com outras pessoas e à medida que as “observamos” temos a possibilidade de olharmos para nós mesmos, repensando também nossos posicionamentos e ações.

Foi um longo caminho até chegar a UMFC e a concretização dessa pesquisa. No começo de 2004, em um momento de reflexão acerca da minha atuação profissional, sobreveio o interesse pela realização do mestrado. Quando me formei fui para a clínica seguindo a trajetória de praticamente 80% dos psicólogos recém-formados em Fortaleza. Como psicóloga de uma equipe de profissionais de saúde direcionados ao

atendimento de patologias mamárias, acompanhei durante dois anos mulheres que vivenciaram o câncer de mama. Na prática cotidiana fui percebendo que a maioria delas havia perdido uma ou as duas mamas em decorrência da detecção e da confirmação do diagnóstico tardiamente. Cenário esse vivenciado especialmente pelas mulheres de camadas menos favorecidas e usuárias do SUS (Sistema Único de Saúde), cujas dificuldades de acesso aos serviços oncológicos acabaram implicando na conformação da situação supracitada.

Minhas inquietações acerca de como a atenção do câncer de mama estava sendo configurada no contexto da saúde pública acabaram se transformando em um projeto de pesquisa acadêmica. O anseio pela realização do mestrado foi prontamente incentivado pelo meu companheiro Alexandre, que já estava fazendo a sua pós-graduação em Arquitetura na UFRN e fez o primeiro contato com a Prof^a Martha Traverso-Yépez. A identificação com sua linha de pesquisa “*Processos Psicossociais e Saúde*” foi imediata, sobretudo pela articulação realizada entre as contribuições da Psicologia Social crítica às práticas de saúde.

Hoje, finalizado este trabalho vejo que aquelas inquietações iniciais foram sendo substituídas por outras e assim serão continuamente. Espero que de alguma forma essa caminhada possa fazer alguma diferença na existência de todos que me ajudaram a percorrê-la. E mais, que novos percursos possam ser traçados a fim de que outros olhares possam ser empreendidos, contribuindo na efetivação de ações direcionadas à atenção precoce do câncer de mama.

Introdução

Grandes lacunas se delineiam aos olhos dos profissionais de saúde que direcionam suas ações à atenção precoce ao câncer de mama. Apesar do incremento no conhecimento acerca de sua gênese, evolução e tratamento, o número de novos casos desta neoplasia continua sendo descoberto em estádios avançados e a sua mortalidade permanece em ascensão mundial.

Observa-se, entretanto, que em países desenvolvidos como os Estados Unidos, Canadá, Holanda, Dinamarca e Noruega há o aumento da sua incidência, acompanhado da redução da sua mortalidade em decorrência, sobretudo, do direcionamento das ações de saúde à sua atenção precoce, bem como, da melhora dos protocolos terapêuticos (Araújo, 2000; Borghesan, Baraúna, Pelloso & Carvalho, 2003).

No Brasil, tanto a detecção quanto a confirmação do diagnóstico, especialmente no contexto do SUS (Sistema Único de Saúde), tendem a acontecer tardiamente, especialmente em virtude da existência de diversos empecilhos que acabam dificultando o acesso às estratégias voltadas à sua atenção precoce, tais como: poucas referências para especialistas, realização não sistemática do exame clínico das mamas, insuficiência de exames específicos, sobretudo da mamografia, longo espaço de tempo entre a descoberta, à confirmação do diagnóstico e a realização dos tratamentos, dentre outros.

Todos esses obstáculos que perpassam o sistema público de saúde acabam implicando na realização de intervenções terapêuticas mais agressivas e com diversos impactos psicossociais na vida das mulheres. Estes poderiam ser evitados ou minimizados com o direcionamento das ações dos profissionais de saúde à sua atenção precoce, sobretudo, à sua descoberta em estádios iniciais (Malzyner, Caponero &

Donato, 2000; Olivotto, Gelmon & Kuusk, 2001; Zecchin, 2004; Cestari, 2005). Portanto, garantir essa atenção, sobretudo no contexto da saúde pública, se configura como um grande desafio ao sistema de saúde como um todo.

Compreende-se por atenção precoce a “detecção” e “diagnóstico” do tumor em um estágio inicial, isto é, com o menor tamanho possível. Ressalta-se a distinção entre os termos detecção e diagnóstico, onde o primeiro refere-se à identificação de anormalidades, ao passo que o segundo faz referência à capacidade para classificar uma anormalidade como benigna ou maligna. Portanto, a identificação deve preceder o diagnóstico (Godinho & Koch, 2004).

De acordo com a literatura revisada o auto-exame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia são apontados como as principais estratégias de detecção e diagnóstico precoce do câncer de mama, além da anamnese clínica (Menke, Biazús, Cavalheiro & Rabin, 1998; Tubiana & Koscielny, 1999; Araújo, 2000).

Diante do levantamento bibliográfico prévio, observou-se a predominância de estudos voltados às experiências das mulheres que vivenciaram o adoecimento do carcinoma mamário. Por exemplo, pesquisas em relação às ações orientadas ao conhecimento, atitudes e à prática do auto-exame (Gonçalves & Dias, 1999; Ortega-Altamirano, López-Carrillo & López-Cervantes, 2000; Borghesan et al, 2003; Marinho, Costa-Gurgela, Cecattia & Osis, 2003; Monteiro et al; 2003); identificação de perfis de mulheres que se submetem à mamografia (Godinho & Koch, 2002); estudos sobre a participação ou não das mulheres em programas de prevenção ou tratamento (Koseki, 1997; Alcaraz, Lluch, Miranda, Pereiro & Salas, 2002); dificuldades para a detecção precoce do câncer de mama (Modeste, Caleb-Drayton & Montgomery, 1999); análise sobre as oportunidades de diagnóstico precoce (Molina, Dalben & De Luca, 2003).

Contudo, percebeu-se a carência de investigações direcionadas à compreensão da dinâmica da atenção precoce do câncer de mama a partir do olhar dos profissionais de saúde. Assim, a temática inicial foi reformulada e o nosso foco foi se deslocando da experiência de adoecimento de câncer de mama das mulheres para a vivência dos profissionais de saúde do nível de atenção primário, diretamente envolvidos na atenção ao carcinoma mamário.

O nível primário é composto pelas unidades básicas de saúde (Postos e Centros de Saúde) que oferecem serviços externos e ambulatoriais voltados às áreas de prevenção e promoção da saúde como a puericultura, vacinação, cuidados de pré-natal, dentre outros (Kligerman, 2002). Configura-se assim, como a porta de entrada do sistema de saúde e, portanto, um espaço privilegiado à discussão e implementação de ações direcionadas à atenção precoce do câncer de mama. Destaca-se então, a importância desses profissionais cuja atuação poderia transformar todo o percurso e a vivência das mulheres que descobrissem alguma alteração mamária maligna.

Observa-se, comumente, que os serviços acabam sendo “avaliados” sem levar em consideração toda a complexidade institucional que estão perpassando-os. Os usuários tendem, na maioria das vezes, a atribuir toda a problemática e ineficácia do SUS aos profissionais, quase como uma responsabilização individual, desconsiderando a premissa de que qualquer atividade institucional é marcada por uma teia de interdependências sócio-estruturais que acabam influenciando as ações, os posicionamentos e os processos de significação das pessoas (Traverso-Yépez, 2001).

McCoy & Mykhalovskiy (2002) corroboram essa afirmação ao enunciar que as ações das pessoas precisam ser situadas “numa complexa teia de práticas institucionais e formas de conhecimentos que configuram os limites e possibilidades

dessas práticas” (p.13). E complementam afirmando que tais práticas sempre ocorrem em um contexto institucional particular e em um determinado tempo.

Dentro dessa perspectiva, a Psicologia Social crítica embasou todo o percurso da pesquisa se configurando como um instrumento de diálogo e reflexão acerca dos discursos e das práticas de intervenção em saúde, entrecortadas pelo cotidiano institucional. Possibilitou, aos diversos atores sociais envolvidos nesse processo, uma permanente reflexão crítica e (até) autocrítica sobre as práticas institucionais, viabilizando assim, contextos de ressignificação de suas ações e posicionamentos (Traverso-Yépez, 2002).

Deste modo, a investigação foi realizada na Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC), instituição inserida no nível de atenção primária da saúde, com os profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). Observou-se que no cotidiano de trabalho na UMFC esses profissionais encontravam múltiplos obstáculos em relação à efetivação de ações voltadas à atenção precoce do câncer de mama. Dificuldades expressas nas precárias condições de trabalho, bem como, nas lacunas relacionadas à formação profissional (conhecimento teórico e prática realizada) que acabam se refletindo nos serviços prestados às usuárias da instituição.

Evidenciam-se então alguns dos questionamentos que nortearam esse estudo: Como a temática da atenção precoce do câncer de mama estava sendo abordada pelos profissionais do PSF na UMFC? Como o cotidiano institucional poderia estar influenciando as práticas e os discursos desses profissionais em relação à essa atenção? Que ações poderiam ser empreendidas no contexto da UMFC em relação ao câncer de mama?

Partindo dessas inquietações objetivou-se compreender os discursos e as práticas dos profissionais do PSF em relação à atenção precoce do câncer de mama,

bem como o cotidiano institucional da UMFC e seus desdobramentos nos serviços prestados às usuárias.

Especificamente, buscou-se sistematizar as concepções dos profissionais acerca das estratégias de atenção precoce ao câncer de mama vigentes na saúde pública; caracterizar, a partir das suas vivências, as experiências das mulheres acometidas por esta neoplasia; identificar as ações passíveis de serem empreendidas pelos profissionais do PSF da UMFC em relação à atenção precoce do câncer de mama.

Os resultados desse processo de pesquisa foram organizados em seis capítulos. No primeiro, *“Compreendendo o câncer de mama”*, abordou-se a etiologia, epidemiologia, fatores de risco, formas de diagnóstico e tratamento, além dos seus desdobramentos psicossociais. A Psicologia deve se apropriar desse mínimo de conhecimento técnico da doença a fim de viabilizar um diálogo interdisciplinar – sempre que precisar – com os outros profissionais envolvidos na atenção desta doença.

No segundo capítulo, *“A atenção precoce do câncer de mama no contexto do SUS”*, foram apresentados os discursos oficiais acerca da atenção precoce do câncer de mama no Brasil. Discutiu-se o Programa Viva Mulher, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNCC) e o Consenso de Controle do Câncer de Mama, realizando-se uma reflexão sobre as suas preconizações e a realidade do cotidiano do sistema público de saúde.

No terceiro capítulo, *“O Programa de Saúde da Família (PSF) e a atenção precoce do câncer de mama”*, discorreu-se sobre a conformação da assistência oncológica no contexto da atenção primária da saúde e seus reflexos nos serviços prestados às usuárias do SUS.

No quarto capítulo, *“O percurso metodológico”*, foi apresentado o delineamento do estudo, o cenário, os participantes da pesquisa, bem como as

estratégias para a aquisição e análise das informações obtidas sob a perspectiva da abordagem da Etnografia Institucional.

No quinto capítulo, “*Mapeando os discursos e as práticas dos profissionais de saúde do PSF da UMFC em relação a atenção do câncer de mama*”, foi evidenciado o processo de análise e discussão das informações encontradas realizando uma articulação constante com o referencial teórico da investigação. E por fim, o sexto capítulo, “*Considerações finais*”, trazendo as contribuições da investigação.

Espera-se, a partir dos questionamentos e das reflexões surgidas nesse trabalho, contribuir para o desenvolvimento de ações direcionadas à atenção precoce do câncer de mama mais próximas da população, das suas necessidades e prioridades, buscando melhorar a qualidade dos serviços prestados às mulheres da comunidade do bairro de Felipe Camarão e, em geral, das usuárias do serviço público de saúde de Natal, RN.

1. Compreendendo o câncer de mama

O câncer não é uma doença nova na história da humanidade, tendo sido encontrado na alta Antigüidade em múmias egípcias e pré-colombianas. Em 3.500 a.C já haviam descrições e escritos babilônicos, indianos e egípcios relacionados a esta doença. Contudo, somente no séc. IV a.C o médico grego Hipócrates começou a realizar registros mais sistemáticos descrevendo-o como “um tumor duro, não inflamatório, com tendência à recidiva ou generalização e conduzindo a um desenlace fatal” (Le Goff, 1997, p.177).

O carcinoma mamário é oriundo de multiplicações anormais e desordenadas de determinadas células do nosso corpo que transmitem essa capacidade reprodutora alterada às suas células filhas e assim, sucessivamente, que se acumulam e formam um tumor. Adquirem também a capacidade de se desprender deste e passam a invadir os tecidos adjacentes por via linfática ou venosa e interagir em outro órgão à distância, constituindo as metástases (Barros, 1998).

Uma célula normal não se transforma em maligna de um dia para o outro. Primeiro começam a se dividir, crescem rapidamente e se acumulam (hiperplasia). Depois sofrem pequenas mudanças, se tornando atípicas, irregulares e finalmente malignas (Budel & Francisco, 1998;).

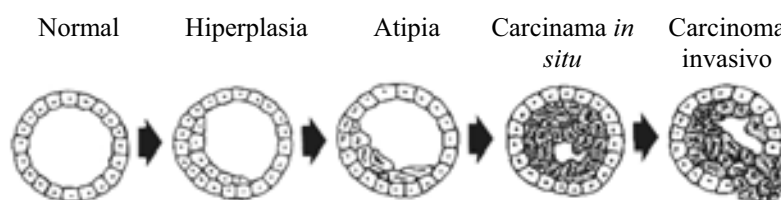


Figura 1. Processo de carcinogênese mamária.
Fonte: Olivotto, Gelmon & Kuusk (2001).

A história natural (processo de evolução) do câncer de mama apresenta uma fase pré-clínica (período compreendido entre o aparecimento da primeira célula maligna, a transformação de um câncer *in situ* em invasivo) e clínica mais longa, com um padrão de crescimento e disseminação mais heterogêneo, possibilitando a realização de intervenções que favoreceriam sua descoberta precocemente (Bergmann, 2000).

O câncer de mama apresenta-se como um tumor de consistência rígida, de limites mal definidos, variando de um a vários centímetros de diâmetro de acordo com o tempo de evolução. Observam-se também sinais como o edema (inchaço), ruga (retração da pele), *dimple* (covinha, escavação), eritema, ulceração da pele, sangramento pelo mamilo, desvio do mamilo, alteração da aréola (Franco, 1997).

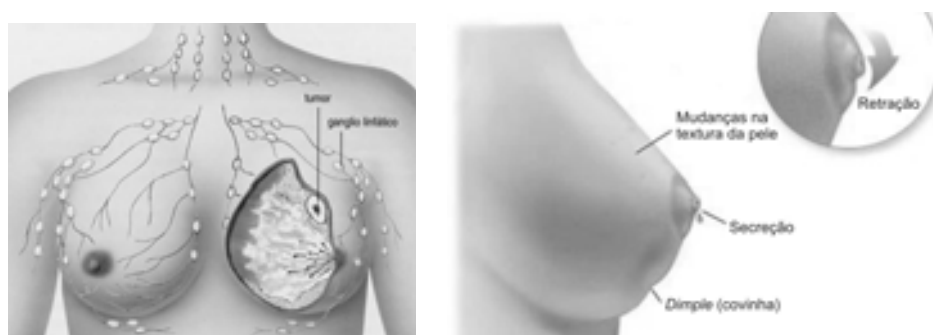


Figura 2. Câncer de mama e seus sinais.
Fonte: www.infomedgrp8.famerp.br.

Enfatiza-se que nem toda alteração mamária é um câncer ou ocasionará o seu desenvolvimento. O nódulo, principal sintoma referido pelas mulheres, é uma área definida, de consistência variada, de limites precisos ou não, podendo ser maligno ou benigno. Existem muitos tipos de nódulos da mama que não são de natureza neoplásica, sendo os fibroadenomas e os cistos os mais comuns (Franco, 1997).

O fibroadenoma apresenta-se como um nódulo sólido, móvel à palpação, de limites precisos e medindo de 1cm a 3cm. Surge quase sempre entre 15 e 30 anos e na maioria das vezes é uma lesão sem potencial de malignização. No entanto, certos tipos de câncer, denominados tumores circunscritos, podem simular um fibroadenoma sendo prudente que estes sejam submetidos à confirmação histopatológica (Dias, Caleffi & Silva, 1994).

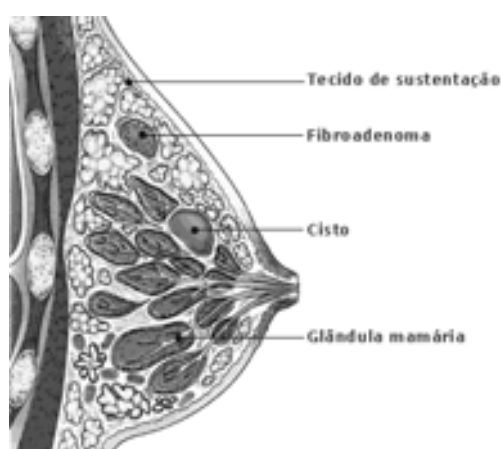


Figura 3. Imagens das alterações benignas da mama.
Fonte: www.folha.uol.com.br/.../rf2504200406.shtml.

Os cistos são nódulos de conteúdo líquido, consistência flexível, facilmente palpados e podem atingir grande volumes. Quase sempre são múltiplos e não representam problema clínico. Há também os microcistos que não são palpáveis, sendo necessária à realização de uma ultra-sonografia para sua detecção (Dias, Caleffi & Silva, 1994).

Evidencia-se ainda, dentre as alterações benignas, a mastalgia (dor mamária), muitas vezes associada à possibilidade de gênese do câncer de mama. Esta é cíclica e depende da ação dos hormônios ovarianos sobre a mama, tornando-a túrgida e dolorida, principalmente no período pré-menstrual. Não é considerada uma doença e não aumenta o risco de desenvolver câncer no futuro (Franco, 1997).

1.1 Fatores de risco

A etiologia do câncer de mama envolve a interação de múltiplos fatores de risco abrangendo determinantes biológicos, psicossociais e ambientais. O fator de risco é uma característica epidemiológica cuja presença em alguns grupos ampliaria as possibilidades de desenvolvimento de uma doença quando comparados a grupos que não apresentem tal característica (Malzyner et al, 2000).

Em decorrência da diversidade de fatores há uma dificuldade de se isolar um único e avaliar a sua verdadeira contribuição, implicando na ausência de uma relação clara entre a doença e o seu agente causador não sendo

possível definir lesões verdadeiramente precursoras do câncer de mama, ao contrário do que ocorreu com o câncer do colo de útero, vulva e endométrio. O estudo ideal dos fatores de risco para o câncer de mama é difícil, pois estes estão inter-relacionados e o isolamento de um único fator para calcular sua real contribuição pode ser impossível (Paiva et al, 2002, p. 233).

Os principais fatores de risco associados ao câncer de mama são: sexo feminino, avanço da idade, história familiar, menarca precoce, menopausa tardia, história de doença mamária benigna, alta densidade mamária, exposição à radiação ionizante em altas doses ou organoclorados e mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 (Pinho & Coutinho, 2005).

Thuler (2003) afirma que “o simples fato de pertencer ao sexo feminino constitui o fator de risco mais importante” (p. 228). Muito embora o número de casos de câncer de mama esteja aumentando na população masculina, a doença é de 100 a 150 vezes mais freqüente entre as mulheres em decorrência da maior quantidade de tecido mamário e sua exposição ao estrogênio endógeno.

O avanço da idade tem sido apontado também se evidenciando que incidência dos casos aumenta logo após a menopausa e alcança seu pico aos 75 anos (Xavier & Xavier, 1996). Destaca-se, no entanto, que a agressividade e o pior prognóstico da doença ocorrem em pacientes jovens, que o desenvolveram antes dos 35 anos (Mendonça, Silva & Caula, 2004).

Em relação aos antecedentes familiares, afirma-se que as mulheres com história de câncer de mama em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) apresentam um risco aproximadamente duas vezes maior para o seu desenvolvimento e caso haja mais de um familiar de primeiro grau com câncer de mama na família antes da menopausa o risco é ainda maior (Gomes, Skaba & Vieira, 2002). Todavia, afirma-se que apenas entre 5% a 10 % das mulheres diagnosticadas têm antecedentes positivos e o fato de existir uma história pregressa em uma mãe, não determinará obrigatoriamente o desenvolvimento em suas filhas ou netas (Thuler, 2003).

A menarca precoce e a menopausa tardia também estão associadas ao aumento do risco do câncer de mama em decorrência de uma maior exposição do epitélio mamário à ação do estrogênio endógeno, principal agente estimulante da proliferação celular mamária. Sua ação ocorre principalmente em dois períodos (janelas biológicas): entre os dez anos de idade e a primeira gestação, época do desenvolvimento mamário com um grande estímulo proliferativo; na época da menopausa (involução mamária). Uma ação hormonal alterada nestes momentos poderia estimular atividades de propagação e promoção do crescimento tumoral (Barros, 1998).

O uso de contraceptivos orais bem como da terapia de reposição hormonal (TRH) e sua influência no aumento do risco ainda é contestável. Key, Verkasalo & Banks (2001) afirmam que, apesar da insuficiência de estudos, existem determinados grupos, no caso dos anticoncepcionais, que se encontram mais suscetíveis: mulheres que

o usaram em idade precoce, por longo período ou as que os usaram com dosagens elevadas de estrogênio. De acordo com Tessaro (1998) as mulheres que utilizam a TRH por menos de 5 anos não há risco de câncer de mama e as que ultrapassaram os 10 há uma associação positiva.

Apesar do reconhecimento da existência de múltiplos fatores de risco ainda não há como determinar quais mulheres desenvolverão ou não o câncer de mama, pois a maioria apresenta pelo menos um destes fatores e muitas delas mais de um. Ressalta-se ainda a ocorrência de casos em mulheres sem nenhum dos principais fatores de risco, estando todas sob o risco do câncer de mama (Malzyner et al, 2000). Destarte, o importante não é o conhecimento de quem irá ou não o desenvolver, mas, sobretudo, o direcionamento das ações à sua descoberta em estágios iniciais, proporcionando assim, sua detecção e o diagnóstico precoce.

1.2 Atenção precoce do câncer de mama

O auto-exame (AEM), o exame clínico (ECM) e a mamografia são apontados como as principais estratégias de detecção e diagnóstico precoce do câncer de mama, além da anamnese clínica, onde as informações acerca da história de vida e dos antecedentes familiares contribuirão para o esclarecimento da situação que se apresenta (Menke, Biazús, Cavalheiro & Rabin, 1998; Tubiana & Koscielny, 1999; Araújo, 2000).

A anamnese clínica consiste em uma entrevista com a paciente, onde deverão ser investigadas queixas referentes a algum sinal ou sintoma mamário, os antecedentes pessoais e familiares, além dos dados de identificação, que serão úteis para garantir a busca ativa da mulher, caso haja necessidade (Ministério da Saúde, 2002). Apesar da sua importância, por se configurar como o primeiro contato entre as mulheres

e os profissionais de saúde, esta continua sendo relegada a um segundo plano e desconsiderada nas ações de rotinas voltadas à atenção do câncer de mama.

O Consenso para o Controle do Câncer de Mama (2004) preconiza que o exame clínico (ECM) deve ser efetivado por profissionais de saúde capacitados para realizar uma avaliação sistematizada das mamas. A sua eficiência é proporcional ao grau de habilidade e experiência destes para detectar qualquer anormalidade, devendo fazer parte do exame físico e ginecológico, se constituindo como um instrumento para a solicitação de exames complementares (Borghesan et al, 2003).



Inspeção estática e dinâmica das mamas observando mudanças da pele como *dimple* (covinha, escavação), descarga papilar ou qualquer diferença na aparência entre as duas mamas.



Palpação da mama usando a palma da mão para sentir o nódulo. O profissional inspecionará sistematicamente a mama inteira, abaixo do braço e em ambos os lados.



Palpação das axilas.



Inspeção da aréola observando a existência de alguma secreção.

Figura 4. Exame clínico das mamas.

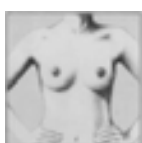
Fonte: www.ism.med.br/examemastologia.htm.

O auto-exame (AEM) deve ser realizado mensalmente por todas as mulheres, 7 dias depois da menstruação quando as mamas estão mais flácidas e indolores. Após a menopausa deve-se definir um dia e realizá-lo sempre com intervalo

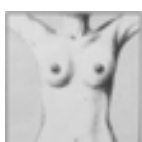
mensal. A sua frequência facilita a percepção de pequenos nódulos nas mamas e axilas, secreções nos mamilos, mudança de cor da pele e retrações que deverão ser avaliadas por um médico especialista (Borghesan et al, 2003).



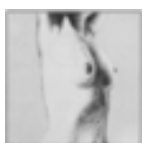
Durante o banho, deslizar as mãos com os dedos unidos sobre as mamas ensaboadas, usando a mão direita para apalpar a mama esquerda e a mão esquerda para a direita. Procurar caroços, alterações de consistência, secreções ou saliências.



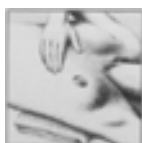
Em frente ao espelho, observar: tamanho, posição, forma da pele, aréola e mamilo.



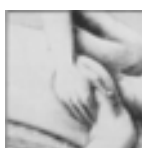
Fazer o mesmo controle com os braços levantados e mantidos atrás da cabeça.



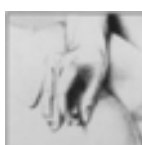
Girar o corpo lentamente para a esquerda e para a direita, observando qualquer alteração.



Deitada, colocar uma toalha dobrada sob o ombro direito para examinar a mama direita, invertendo o procedimento para examinar o outro lado. Apalpar toda a mama através de suave pressão sobre a pele com movimentos circulares.



Apalpar as axilas.



Apertar o mamilo entre os dedos polegar e indicador e observar a presença de secreção.

Figura 5. Auto-exame das mamas.

Fonte: www.ism.med.br/examemastologia.htm.

O AEM tem sido recomendado desde a década de 30 e foi incorporado às políticas de saúde pública norte-americanas desde os anos 50. Diversos estudos têm

apontado que até 90% dos casos de câncer de mama são detectados pelas próprias mulheres (Kemp, Petti, Ferraro & Elias, 2002). Porém, outras pesquisas têm assinalado a sua ineficácia em relação à detecção precoce, pois os nódulos perceptíveis ao AEM são descobertos em tamanhos (1,8cm a 2,0cm) que já implicarão em intervenções mais invasivas (Zecchin, 2004).

Em entrevista à Folha de São Paulo o doutor Ézio Novais, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia, afirmou que há um consenso internacional de que a mamografia é o único exame que consegue detectar precocemente o câncer da mama. No entanto, ressaltou que o AEM continuará sendo estimulado por três razões: permitir a detecção do câncer de mama em mulheres fora da faixa etária de risco, descobrir outras doenças benignas da mama e, sobretudo, possibilitar às mulheres que não têm acesso ao serviço de saúde descobrir os tumores, ainda que em fase mais avançada (Collucci, 2004).

A mamografia é um tipo de radiografia especial, realizada em um aparelho específico para a avaliação das mamas denominado mamógrafo. É um exame de alta sensibilidade sendo considerado o método mais eficaz para a identificação de lesões em estágio pré-invasivo. É empregada em duas situações: mamografia de rotina, usada em testes de rastreamento em mulheres assintomáticas; antes do início da TRH e no seguimento pós-mastectomia; mamografia diagnóstica, no caso de mulheres com suspeita clínica de câncer de mama e no controle de lesões benignas (Canella, Peixoto, Azevedo, & Giacometi, 2000).

É obrigatória em mulheres na faixa de 50 a 69 anos, devendo ser realizada com o máximo de dois anos ou a partir dos 35 anos quando existirem casos na família. A sua sensibilidade e especificidade diagnóstica (30% a 40% para anormalidades impalpáveis e 85% a 90% para malignidades clinicamente evidentes) variam com a

idade da paciente; do tamanho e densidade da mama e localização das lesões (Godinho & Koch, 2004).



A mamografia é realizada num aparelho denominado mamógrafo e consiste na compressão das mamas entre duas placas de acrílico



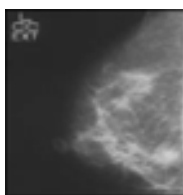
É necessário tirar a roupa da cintura para cima, por isso a indicação de não ir de vestido nem com blusas difíceis de tirar ao exame.



Como a mama é comprimida pelo mamógrafo, não é recomendado fazer o exame no período menstrual, quando a mulher fica mais sensível à dor.



A mama é posicionada vertical e horizontalmente no aparelho.



O raio-x pode detectar alterações na mama, como nódulos, cistos e microcalcificação.

Figura 6. Mamografia.

Fonte: <http://www.cancerdemama.com.br>.

No diagnóstico de lesões malignas em mulheres com menos de 40 anos utiliza-se a ultra-sonografia (USG), especialmente indicada na diferenciação entre tumores sólidos e líquidos e em processos inflamatórios. Já nas mulheres com idade superior a 50 anos pode ser útil na avaliação de nódulos clinicamente palpáveis, mas não verificáveis pela mamografia (Consenso para o Controle do Câncer de Mama, 2004).

Atualmente, no Brasil, estão sendo realizados diversos estudos acerca de um novo exame descartável denominado *BreastCare* (cuidado com a mama). O teste consiste em um par de discos com uma almofadinha de material termo-isolante, que determinam a temperatura naquela área da mama. Segundo o Dr. Roberto Vieira, quando um tumor na mama está se formando há um afluxo maior de sangue aumentando assim a temperatura do seio. Se houver a constatação de alterações na temperatura do seio, o médico deverá encaminhar a paciente para prosseguir a investigação (Abreu, 2005).

A anamnese clínica, o exame clínico das mamas (ECM), o auto-exame (AEM) e a mamografia se configuram como os primeiros passos na busca da detecção e do diagnóstico do câncer de mama. Os resultados oriundos desses exames fornecerão indicativos que precisam ser esclarecidos através de exames citológico, histológico e de biopsia.

Posteriormente, inicia-se o processo de avaliação da extensão da neoplasia mamária e sua tendência à progressão tumoral (estadiamento) que irá possibilitar o planejamento do tratamento mais adequado para cada paciente. O estadiamento baseia-se na classificação TNM¹ onde o câncer de mama evolui em estádios de I-IV crescentes por ordem de gravidade. Portanto, quanto maior o grau pior será o prognóstico (Abreu & Koifman, 2002).

¹ Sistema TNM: (T) se refere às características do tumor primário; (N) aos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza e (M) à presença ou ausência de metástases à distância (Bergmann, 2000).

1.3 Formas de tratamento

Atualmente o tratamento do câncer de mama envolve a associação de intervenções como as cirurgias, o tratamento radioterápico e as terapias sistêmicas – quimioterapia e hormonioterapia (Kemp, Petti, Ferraro & Elias, 2002). Cada uma dessas modalidades terapêuticas encerra benefícios e danos às mulheres acometidas pelo câncer de mama. Bergamasco & Ângelo (1999) afirmam que estas intervenções, ao mesmo tempo em que “tratam” a doença, também acarretam inúmeros efeitos adversos e alterações em diferentes esferas da vida feminina.

1.3.1 Cirurgia

O tratamento cirúrgico visa principalmente controlar a doença, fazer o seu estadiamento, orientar a terapia sistêmica e sempre que possível evitar mutilação ou oferecer à paciente a reconstrução mamária. Existem diferentes tipos de cirurgia e sua indicação dependerá do estadiamento clínico e do tipo histológico do tumor, dividindo-se em conservadora, com a ressecção apenas de um segmento da mama e não-conservadora, implicando na retirada de toda a glândula mamária (Consenso para o Controle do Câncer de Mama, 2004).

A cirurgia não-conservadora, também denominada de mastectomia, é uma intervenção extremamente invasiva e mutiladora com diversos desdobramentos na imagem corporal, na sexualidade, na auto-estima e na vida da mulher como um todo. Destacam-se dois tipos principais: a radical, também chamada de clássica, onde são retirados os dois músculos peitorais e a radical modificada em que apenas o músculo

peitoral menor é retirado (Ministério da Saúde, 2002). São modalidades da cirurgia não-conservadora:



Mastectomia radical ou Halsted

Consiste na retirada da glândula mamária, associadas à dos músculos peitorais e a linfadenectomia axilar;



Mastectomia radical modificada

Consiste na retirada da glândula mamária com preservação de um ou ambos os músculos peitorais;



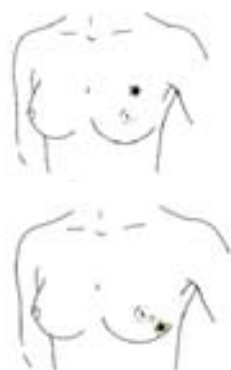
Mastectomia total ou simples

Consiste na retirada da glândula mamária, incluindo o complexo areolar e a aponeurose do músculo peitoral, sendo os linfonodos axilares preservados.

Figura 7. Tipos de cirurgias não-conservadoras.

Fonte: <http://www.boobboutique.com/aboutbreastcancer/surgery.html>.

Já a cirurgia conservadora consiste em uma intervenção mais limitada permitindo remover o tumor primário com uma margem de tecido mamário normal em torno da lesão. Nos estágios iniciais do carcinoma mamário (I e II) é seguida da radioterapia visando eliminar a doença residual, apresentando resultados equivalentes ao da cirurgia radical convencional, com o benefício de melhores resultados estéticos, em decorrência da preservação da mama e melhor qualidade de vida da paciente (Reis et al, 2002). As principais cirurgias conservadoras são:



Tumorectomia

Consiste na remoção do tumor com margens de tecido circunjacentes de 1 cm associada à linfadenectomia axilar e complementada pela radioterapia, oferecendo um bom resultado estético.

Quadrantectomia

Consiste na completa remoção do quadrante da mama que contém o tumor primário com margens cirúrgicas de tecido normal de 2 a 2,5 cm com esvaziamento axilar e radioterapia proporciona melhores resultados em tumores até 2 cm

Figura 8. Tipos de cirurgias conservadoras.

Fonte: <http://www.boobboutique.com/aboutbreastcancer/surgery.html>.

Diante dos tratamentos cirúrgicos mutiladores têm surgido nos últimos anos várias técnicas de cirurgia plástica a fim de reconstruir a mama das mulheres acometidas pelo câncer de mama. A reconstrução mamária além de amenizar as repercussões psicossociais oriundas dos tratamentos agressivos incide também sobre o próprio funcionamento corporal, pois a ausência do seio pode ocasionar desequilíbrio postural, dores na coluna, atrofia do músculo peitoral, dentre outros (Brenelli & Kepkke, 1998).

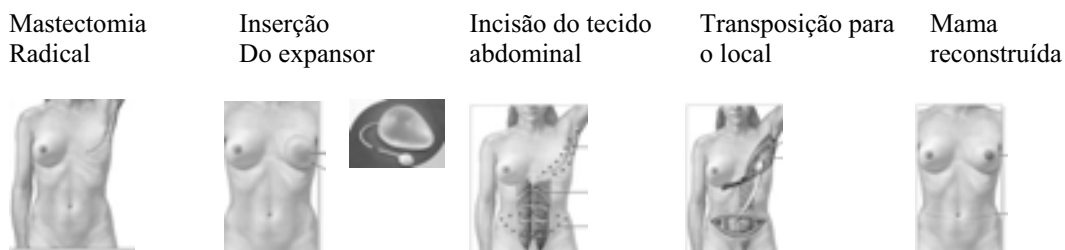


Figura 9. Reconstrução mamária

Fonte: <http://www.morehead.org/wellconnected/000606.htm>

A reconstrução da mama pode ser realizada no momento da mastectomia ou posteriormente. Existem várias técnicas e dentre as mais utilizadas estão à reconstrução feita com um expansor de tecidos e a reconstrução através de retalhos miocutâneos. A

escolha de cada uma dessas técnicas dependerá de aspectos como as condições locais de pele e músculos; condições das áreas doadoras (costas, abdome, locais que cederão retalhos); forma e volume da mama oposta; forma do tórax e peso da paciente (Costa, 2003).

Evidencia-se a existência da Lei nº 9.797 de 6 de maio de 1999 que garante às mulheres que sofreram mutilação total ou parcial de mama o direito à cirurgia de reconstrução mamária pelo SUS. Contudo, o que observamos nos serviços públicos de saúde é o seu desrespeito. No Rio Grande do Norte não há a disponibilização das próteses de silicone e nem o investimento financeiro para a realização desta cirurgia. Após a mastectomia, a grande maioria das mulheres recebe apenas uma prótese externa fornecida geralmente por grupos voluntários.

1.3.2 Radioterapia

Consiste na aplicação de radiações invisíveis e indolores diariamente com a duração média de 15 minutos, variando de 10 a 40 sessões. Pode ser realizada como tratamento neo-adjuvante (pré-cirúrgico) a fim de diminuir a lesão maligna, em decorrência da resposta ruim a quimioterapia ou em lesões inoperáveis; como tratamento adjuvante (pós-cirúrgico) em pacientes com alto risco de recidiva local e após cirurgias conservadoras em tumores invasivos e *in situ*. Dentre os principais efeitos colaterais, estão o cansaço, a perda de apetite e as reações da pele como o eritema, a descamação e necrose (Reis et al, 2002).

1.3.3 Quimioterapia

É um tratamento sistêmico direcionado ao controle da doença à distância, cujos medicamentos se misturam ao sangue e são levados a todas as partes do corpo destruindo as células que estão formando o tumor e impedindo a sua disseminação. Pode ser empregada em conjunto com a cirurgia e a radioterapia, classificando-se em: curativa (controle completo do tumor); adjuvante (esterilizar células residuais locais ou circulantes); neo-adjuvante (redução parcial do tumor); paliativa (melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente). Dentre os principais efeitos colaterais destaca-se a alopecia (queda de cabelos e outros pêlos do corpo), caquexia, diarreia, feridas na boca, placas avermelhadas na pele, náuseas e vômitos (INCA, 2006).

1.3.4 Hormonioterapia

Consiste na utilização de hormônios que impedem o crescimento das células tumorais. É indicada após a quimioterapia ou radioterapia por via oral, através de comprimidos, via intramuscular ou subcutânea. Geralmente é utilizada por longos períodos (de até 5 anos ininterruptos) e dentre os efeitos colaterais evidenciam-se: sintomas de menopausa (como ondas de calor), pólipos endometriais, menopausa precoce e ressecamento vaginal (Furtado, 2003).

1.4 Os desdobramentos psicossociais

O câncer de mama é a doença da incerteza, do medo da morte, da recidiva, da mutilação, da dor, da rejeição, do preconceito, do isolamento. É um acontecimento com profundas implicações sociais, psicológicas, corporais (alterações no esquema e imagem corporal), sexuais, dentre tantas outras, que acabam provocando mudanças, algumas vezes irreversíveis, na vida das mulheres (Wanderley, 1994; Venâncio, 2004).

A confirmação do seu diagnóstico é marcada por uma intensa mobilização existencial para as mulheres e apesar de todos os progressos da medicina em relação aos métodos de diagnóstico e de melhores protocolos terapêuticos este continua sendo visto como uma “sentença de morte”.

Rossi & Santos (2003) corroboram essa idéia ao afirmar que o diagnóstico de câncer confronta o sujeito com a questão do “imponderável, da finitude e da morte e como toda doença potencialmente letal traz a perda do corpo saudável, a perda da sensação de invulnerabilidade e a perda do domínio sobre a própria vida” (p.33).

Instaura-se uma nova realidade fazendo com que a paciente e seus familiares assumam papéis que não foram escolhidos e sim impostos pela fatalidade do adoecimento, interrompendo planos, ideais e perspectivas futuras. Nunes & Neves (1997) confirmam essa afirmação enunciando que

em um curto período de tempo a pessoa passa a fazer toda uma reorganização interna, preparando-se para uma nova adaptação de vida, tendo que abandonar objetivos e metas anteriormente traçadas para se voltar com maior dedicação à sua doença e ao tratamento em curso. (...) a pessoa passa de gerenciador da sua vida, onde possui o controle das ações rotineiras, a ator de um papel dependente, tanto da sorte, dos médicos, de medicamentos, dos familiares e dos amigos (p.353).

Evidenciam-se ainda situações de intenso sofrimento, tais como longas esperas para as consultas médicas; realização de diversos exames e tratamentos dolorosos e invasivos; adaptação às rotinas hospitalares; perda da autonomia e decisão do que seja o melhor para si; afastamento das atividades laborais e de lazer.

Fernandes & Mamede (2003) ressaltam ainda a influência dos preconceitos que muitas vezes levam as mulheres que estão vivenciando esta experiência ao isolamento durante e após o tratamento afirmando “que o afastamento das pessoas muitas vezes é decorrente de estigmas culturais e sociais arraigados no imaginário da popular, construídos nas famílias e nas instituições, cotidianamente” (p.55).

Sant’Anna (2000) assevera que a história do câncer de mama é a história do silêncio, de um segredo difícil de ser compartilhado, narrado, ouvido. E complementa afirmando que “tanto no passado quanto na atualidade, encontramos significativas zonas de sigilo quando se trata de caracterizar as formas de se lidar com esta neoplasia, ou mesmo quando a questão é simplesmente falar sobre esta doença” (p.45).

1.5 Câncer de mama: um problema de saúde pública

O câncer de mama é considerado um grave problema de saúde pública mundial em decorrência do aumento da sua incidência, bem como, da sua mortalidade, além das grandes somas dispensadas para equacionar as intervenções decorrentes dos protocolos terapêuticos (Gonçalves & Dias, 1999; Kligerman, 2000). É a segunda neoplasia mais freqüente no mundo, e, de longe, a mais comum entre as mulheres. Sua maior incidência foi observada na América do Norte e no Norte da Europa, sendo intermediária no restante da Europa e na América do Sul e menor na Ásia (Paulinelli, Júnior, Curado & Almeida e Souza, 2003).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA)², a incidência do carcinoma mamário no Brasil tem crescido vertiginosamente nas últimas décadas. A taxa de mortalidade passou de 5,77 a 9,74 por 100.000 habitantes no espaço de tempo compreendido entre os anos de 1979 a 2000 (Brasil, 2003).

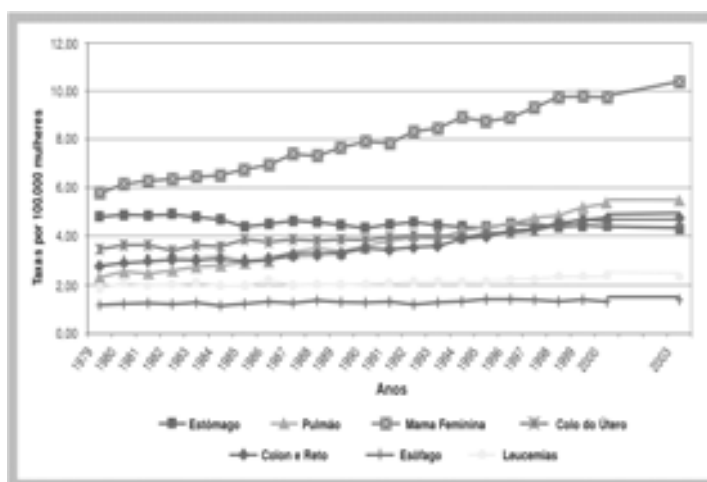


Figura 10. Taxa bruta de mortalidade para o período de 1979 a 2000.
Fonte: Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer, 2003.

A partir dos dados dos Registros de Câncer de Base Populacional de várias cidades brasileiras o Ministério da Saúde (MS) estimou que a incidência de câncer de mama para o ano de 2006 de 48.930, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Os valores encontrados no Rio Grande do Norte correspondem às estimativas nacionais, apresentando, no ano 2006 (31.88/100.000) um dos mais elevados números de novos casos do carcinoma mamário da região Nordeste (Brasil, 2005).

Evidencia-se também a problemática referente às somas elevadas das intervenções terapêuticas voltadas ao câncer de mama, condicionadas ao estágio da

² Órgão do Ministério da Saúde (MS) responsável pela coordenação das ações orientadas para a prevenção e controle do câncer no Brasil.

doença no momento do diagnóstico. Segundo Will et al (2000) no Canadá, o custo médio do tratamento deve variar de \$ 23.275 para o estágio I (inicial) à \$ 36.340 para o estágio IV (mais avançado). No Brasil, em 2003, foram empreendidos pelo SUS aproximadamente R\$ 19 milhões com internações e R\$ 250 milhões com atendimentos ambulatoriais de pacientes com câncer de mama (Rodrigues, 2004).

Portanto, a adoção de estratégias direcionadas à sua atenção precoce poderia reduzir, além da incidência, mortalidade e impactos psicossociais, o ônus financeiro das diversas intervenções terapêuticas às quais as pacientes são submetidas. Tais ações acabam alcançando grande importância em países cujos recursos para a saúde pública são menores e o acesso aos tratamentos mais difíceis, como no caso do Brasil. Contudo, assegurar essa assistência no contexto do SUS muitas vezes é só uma utopia difundida pelos órgãos responsáveis pelas ações voltadas à essa neoplasia no nosso país.

2. A atenção precoce do câncer de mama no contexto do SUS

As estratégias voltadas à atenção precoce de qualquer enfermidade são conformadas geralmente nos níveis primário e secundário de assistência à saúde. Contudo, em relação aos serviços oncológicos direcionadas à neoplasia mamária, observa-se ainda uma maior ênfase nas áreas de alto custo do nível terciário, nos tratamentos especializados (intervenções cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia), nas medidas empregadas à cura. O que é confirmado pela não efetivação das preconizações das políticas e programas de prevenção e pelo alto percentual de diagnósticos de tumores avançados (Kligerman, 1998).

No caso do câncer de mama, as implicações dessa tendência são facilmente percebidas. Analisando-se os dados relativos ao estadiamento, apresentados pelo RHC (Registros Hospitalares de Câncer) do INCA em 1994, observou-se o alarmante percentual de 49,3% de casos atendidos com a doença em graus avançados (III e IV). Posteriormente, no período compreendido entre os anos de 2000 e 2001 este índice atingiu 50% dos tumores diagnosticados nesses estádios no Brasil (Brasil, 2002; 2004).

Pinotti, Barros, Hegg & Zeferino (1995) corroboram esse panorama com um estudo realizado em uma clínica universitária na cidade de Campinas, constatando que 90% dos casos dos tumores mamários eram diagnosticados nos estádios II e III e a sua descoberta nos estádios pré-clínicos não ultrapassava 2,8% de todos os casos confirmados.

Brito (2004), em uma pesquisa que analisou o prontuário de 310 pacientes em serviços oncológicos do SUS no Rio de Janeiro, constatou que apenas 8,7% dos casos foram detectados precocemente (estádio I). Do mesmo modo, Paulinelli et al (2003) afirmam que entre os anos 1986 e 1990 no Centro-Oeste do Brasil 68% dos

casos de câncer de mama do Hospital Araújo Jorge, especializado em oncologia, foram diagnosticados nos estádios III e IV.

A descoberta do câncer de mama em graus avançados pode ser decorrente de toda a problemática que envolve o sistema público de saúde no Brasil. Embora o seu desenvolvimento seja relativamente lento, o que deveria contribuir para aumentar a possibilidade dos seus achados ainda em um momento inicial, observa-se exatamente o contrário.

2.1 Discursos acerca da atenção precoce do câncer de mama

As primeiras ações voltadas ao câncer no Brasil remontam a década de 30 e culminaram no desenvolvimento de uma ampla política nacional para a sua prevenção e controle através de estratégias assistenciais em larga escala a fim de transformar a tendência hegemônica de intervenções terapêuticas individuais em detrimento à saúde coletiva (Kligerman, 2002).

Entretanto, somente em 1986 o Ministério da Saúde (MS) começou a realizar ações descentralizadas a partir de convênios assinados com as secretarias estaduais de saúde, implementando programas nas áreas de informação (registros de câncer), prevenção (controle do tabagismo e do câncer do colo uterino) e educação em oncologia (Kligerman, 2002).

No final dos anos 90 a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) reuniu um grupo de especialistas de diversas instituições e estes realizaram uma análise da situação do câncer no Brasil a partir de dados epidemiológicos e das experiências de quem trabalhava nesta área há muitos anos. Nesse encontro foi edificada a Política Nacional

de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) que procurou estabelecer, em âmbito nacional

ações de prevenção do câncer visando à promoção da saúde do povo brasileiro; detectar precocemente os cânceres para aumentar a probabilidade de cura e melhorar a qualidade de vida dos(as) doentes; consolidar e expandir os serviços de assistência oncológica equitativamente em todo o país; promover o desenvolvimento de recursos humanos, de estudos, pesquisas indispensáveis à qualidade desejada de serviços e ações de prevenção e controle do câncer (Kligerman, 2002, p.05).

Entretanto, tais pressupostos de igualdade, acesso ao atendimento integral e de qualidade, o treinamento de recursos humanos, bem como, a disponibilidade dos serviços ainda estão distantes do cenário real vivenciado pela maioria da população brasileira, especialmente a de baixa renda e usuária do SUS (Kligerman, 2002).

A PNPCC estava voltada às neoplasias em geral. Somente em 1998 foi lançado o *Programa Viva Mulher*, cujas ações e preconizações estavam direcionadas tanto ao câncer de mama quanto ao de colo uterino. Em relação ao carcinoma mamário, as medidas visavam à detecção precoce das lesões malignas em mulheres assintomáticas a partir do:

- Rastreamento anual, por meio do exame clínico da mama para todas as mulheres, independente da faixa etária. Este procedimento é considerado parte do atendimento integral à saúde da mulher e deve ser realizado em todas as consultas;
- Rastreamento por mamografia para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames;
- Mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais de risco (mulheres com histórico familiar de pelo

menos um parente de primeiro grau; com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; com diagnóstico de lesão mamária com atipia ou neoplasia lobular *in situ*);

- Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

Em 2003 foi formulado um documento voltado exclusivamente ao câncer de mama denominado *Consenso de Controle do Câncer de Mama*. Mais uma vez, diversos profissionais procuraram instituir um conjunto de estratégias referentes “à prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para serem implementadas pelo Sistema Único de Saúde” (Consenso para o Controle do Câncer de Mama, 2004, p.05). Dentre as inúmeras recomendações destacam-se:

- Estimular, mediante ações educativas nos meios de comunicação, o exame clínico da mama realizado pelo profissional de saúde, bem como o exame das mamas realizado pela própria mulher como estratégia de cuidado com o próprio corpo;
- Implantar o rastreamento mamográfico no país, com garantia do diagnóstico, tratamento em tempo hábil e seguimento das mulheres com alterações mamárias;
- Desenvolver uma política de capacitação dos profissionais em todos os níveis de complexidade da atenção ao câncer de mama buscando inserir conteúdos sobre câncer de mama nos diversos níveis de formação profissional (médio e superior);
- Realizar estudos de avaliação econômica visando à incorporação racional, pelo SUS, de novas tecnologias na área de tratamento de câncer.

Observa-se que no contexto da saúde pública no Brasil, as estratégias preconizadas por estes programas, onde há incentivo à atenção precoce do câncer de mama através de consultas rotineiras à médicos especialistas, realização do auto-exame, do exame clínico das mamas e de mamografias, estão ainda distantes de serem efetuadas.

A maioria desses programas desconsidera os determinantes sócio-estruturais, as marcantes desigualdades econômicas e sociais existentes no contexto de saúde público brasileiro, vislumbradas, por exemplo, na concentração de pólos tecnológicos avançadíssimos no eixo sul-sudeste e a inexistência ou insuficiência de centros especializados em outras partes do Brasil.

Kligerman (2002) aponta que todas essas diferenças acabam implicando em grandes distorções na assistência às pessoas, quer seja no tocante às práticas “preventivas”, aos tratamentos e às ações de continuidade e reabilitadoras. Infere-se que este panorama talvez não se restrinja ao cuidado do câncer de mama, podendo ser ampliado às outras enfermidades no sistema público de saúde no nosso país.

Brito (2004), em uma pesquisa realizada acerca da avaliação dos tratamentos empregados ao câncer de mama no contexto do SUS no Rio Janeiro, encontrou grandes divergências nos serviços prestados às usuárias, principalmente quando estas não estavam cobertas pelos planos de saúde privados.

Constatou que o grupo dos estadiamentos com melhores prognósticos (I e II) foi maior para as mulheres com planos de saúde (70,6%) em comparação com as que foram atendidas pelo SUS (43,9%), diagnosticadas em estádios avançados da neoplasia, quando a possibilidade de cura não é mais viável. Observou-se também que a utilização da hormonioterapia como seguimento foi maior entre as pacientes com plano de saúde do que entre as usuárias do SUS, que ainda por cima foram as que menos tiveram os

receptores hormonais investigados (Brito, 2004). Ressalta-se que a pesquisa dos receptores hormonais é recomendada para todas as pacientes que tiveram a confirmação do diagnóstico do câncer de mama pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina (Brito, 2004).

Sclowitz, Menezes, Gigante & Tessaro (2005) corroboram essa situação ao mostrar que o nível socioeconômico é um dos fatores determinantes da maior ou menor realização das condutas preventivas para o câncer de mama afirmando que “a associação entre ambos é diretamente proporcional, quanto maior o nível socioeconômico, maior o número de consultas e, conseqüentemente, mais exames são realizados” (p.348).

Assim, apesar de toda a retórica voltada à detecção e diagnóstico em estágios iniciais, observa-se ainda uma longa distância entre os discursos “politicamente corretos” e as intervenções de saúde no cotidiano das instituições. Como já evidenciado anteriormente, a atenção precoce do câncer de mama representa um grande desafio à saúde pública.

Marchi (2004) afirma que não existe sociedade sem câncer e que enquanto não pudermos oferecer às mulheres brasileiras a possibilidade de detecção precoce do câncer de mama, de maneira igualitária, independentemente de sua posição socioeconômica “conviveremos com uma realidade inaceitável” (p.49). Procurar-se-á neste estudo gerar espaços de reflexão entre os profissionais do PSF, possibilitando que estes, cientes dessa situação, (re) pensem suas práticas e encontrem alternativas possíveis para tentar retificar tamanha distorção, propiciando a melhoria da qualidade dos serviços prestados às usuárias da UMFC e do sistema público de saúde como um todo.

3. O Programa de Saúde da Família (PSF) e a atenção precoce do câncer de mama

O Programa Saúde da Família (PSF) foi formulado pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) no ano de 1994 e no final do ano de 2005 já haviam sido implantadas 24.600 equipes de saúde da família responsáveis pela cobertura de 78,6 milhões de pessoas em 4.968 municípios brasileiros. As equipes do PSF são constituídas basicamente pelo médico(a) generalista ou de família, enfermeiro(a), auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Ministério da Saúde, 2005).

Vários autores têm apontado que a proposta do PSF se configura como um grande desafio ao sistema de saúde, na medida em que almeja romper com o modelo assistencial hegemônico instaurando um novo paradigma de atenção à saúde. Contudo, o que é observado no cotidiano da saúde pública é ainda a presença profunda do modelo biomédico orientando tanto a formação dos profissionais quanto suas práticas (Ribeiro, Pires & Blank, 2004).

O modelo biomédico foi edificado no cartesianismo, cuja premissa fundamental está direcionada à divisão entre corpo e mente, constituindo-se como o alicerce da moderna medicina científica. Instituiu um paradigma de atenção à saúde circunscrito apenas e tão somente aos fatores biológicos, desconsiderando a complexidade de aspectos psicológicos, culturais, ambientais e físicos envolvidos nos processos de saúde e doença.

Deste modo, os profissionais de saúde ainda continuam a direcionar suas intervenções apenas ao órgão doente, afastando-se das pessoas e distanciando-se progressivamente da sua “história de vida, das emoções, dos sentimentos e das

condições sociais que traduzem as possibilidades distintas do adoecer e de manter a saúde” (Brasil, 2005, p.57).

Zechin (2004) complementa essa afirmação ao enunciar que “o corpo que abriga e desenvolve a doença é uma superfície que não cruza e não deve deixar-se cruzar, aos olhos do médico, pelo corpo que conta uma história” (p.50) e que o “doente não passa de um porta-voz dos signos da doença, o intermediário obrigatório entre o médico e a doença” (p.52).

Illich (1995) corrobora essa afirmação enunciando que essa exclusão continua sendo uma prática dominante no contexto da saúde, voltada apenas à cura das doenças e aos aspectos anatomo-fisiológicos dos processos de saúde-doença e complementa afirmando que

além da geração infinita de novas necessidades a serem satisfeitas exclusivamente por uma mediação técnica complexa e custosa e da conseqüente tecnificação do atendimento a serviço do capital industrial, outra conseqüência do positivismo mecanicista na biomedicina estaria na focalização da saúde-doença sempre no nível individual de responsabilização e de intervenção. Isso tem a ver com o fato de que um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença (p.117).

Ressalta-se ainda que esse modelo é sustentado e passa a reproduzir as relações capitalistas oriundas da ideologia neoliberal e como resultado o trabalho em saúde acaba assumindo características dessa lógica de organização e gestão do trabalho.

Ribeiro, Pires & Blank, 2004 corroboram essa afirmação enunciando que

o modelo assistencial, vigente nos serviços de saúde, guia-se pela ótica hegemônica neoliberal e, na prática, essa visão acaba definindo a missão dos serviços e as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos, considerados legítimos (p.440).

Conseqüentemente, observam-se cada vez mais processos de trabalho em saúde baseados no consumo de consultas médicas, de procedimentos técnicos, exames e medicamentos; na oferta de uma atenção especializada e compartimentalizada; na ênfase das intervenções hospitalares com tratamentos cada vez mais longos, dolorosos e dispendiosos, aumentando ainda mais as restrições impostas às pessoas e, sobretudo, da perda da visão integral de quem necessita de cuidados de saúde (Campos, 1997; Ribeiro, Pires & Blank, 2004; Brasil, 2005).

Em relação ao PSF, observa-se a realização de um trabalho que continua, muitas vezes, não priorizando as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Soares (2000) aponta também outros aspectos que acabam contribuindo para o distanciamento entre os pressupostos do programa e o cotidiano institucional, limitando o atendimento dado por esta estratégia “a uma simples porta de entrada sem saída” (p. 442), como a imposição vertical de ações pelo Ministério da Saúde sem espaços de discussão entre os profissionais de saúde envolvidos na sua implementação; desconsideração das iniquidades e heterogeneidades dos municípios em relação à oferta de serviços de saúde; insuficiência de treinamentos e capacitação dos profissionais; ausência de uma organização regional que possa garantir realmente o acesso universal a todos os níveis de atenção.

Traverso-Yépez (2005) corrobora essa idéia ao afirmar que a maioria dos profissionais – quer seja em decorrência das limitações de tempo, de espaço, da falta de formação, disposição ou simplesmente pela ditadura da rotina – buscam apenas a confirmação do diagnóstico e do tratamento a ser realizado, desconsiderando o caráter multifacetado dos processos de saúde-doença.

Partiu-se então da premissa cuja compreensão das ações dos profissionais do PSF em relação à atenção precoce do câncer de mama no contexto da UMFC não pode

ser alcançada simplesmente descrevendo as atividades destes, como se estas fossem conseqüências apenas de suas preferências individuais ou modos peculiares de atender os pacientes. Ao contrário, estas precisam ser concebidas a partir de uma série de relações institucionais que as estão perpassando (Campbell & Gregor, 2002).

Nesse sentido, a Psicologia Social crítica se configura como um instrumento de reflexão acerca da complexa rede de interdependências que estão perpassando qualquer prática social. Possibilita também um olhar aprofundando acerca da dimensão subjetiva das práticas de saúde e das vivências dos trabalhadores e usuários, reatualizando constantemente a relação entre saúde, condições de vida e os aspectos próprios do universo simbólico que perpassam o contexto social onde tais práticas se desenvolvem (Traverso-Yépez, 2005).

4. O percurso metodológico

Na escolha de um determinado método de pesquisa está imbricado concepções de mundo, de homem e de formas de produzir conhecimento. Goldenberg (2002) afirma que não há uma única técnica ou um único meio válido para o alcance das informações em uma pesquisa. Assim, a escolha do referencial teórico-metodológico está diretamente vinculada às questões e ao problema de pesquisa, onde o próprio processo de investigação qualificará as estratégias e os procedimentos necessários às questões que se deseja responder.

A pesquisa qualitativa, a partir de seu referencial teórico e epistemológico, fundamenta-se em pressupostos distintos do paradigma positivista de produção do conhecimento cuja primazia está na busca da neutralidade, da objetividade, do controle e de uma verdade única e acabada. Prioriza-se, em contrapartida, a atividade diferenciada do indivíduo, irreduzível a padrões universalizantes, imersa em significações, interações e entrecortada pelo contexto histórico, cultural e social (González-Rey, 2002).

O foco desta investigação centrou-se nos processos de trabalho dos profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) na Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) em relação à atenção precoce do câncer de mama e a forma como estes estavam sendo socialmente e institucionalmente conformados. Nessa perspectiva utilizou-se a Etnografia Institucional (EI) como um instrumento de reflexão acerca das práticas em saúde, procurando compreender que as ações das pessoas precisam ser situadas em uma complexa teia de práticas institucionais, ocorrendo sempre em um determinado contexto, em um determinado tempo e espaço (Traverso-Yépez, 2005).

Voltou-se o olhar ao mundo cotidiano e como este é moldado por relações sociais, econômicas e institucionais e como também este pode ser controlado por forças externas, que estão acontecendo além do contexto local (translocais) e que definem e institucionalizam formas de ação em diferentes espaços e áreas de saber (De Vault & McCoy, 2002).

Um aspecto importante dessa perspectiva metodológica é a compreensão que o mundo social pode ser considerado como um “texto”, ou seja, os costumes, os usos sociais corriqueiros ou qualquer tipo de prática, quer sejam lingüísticas ou não são passíveis de “leituras” por parte do observador/pesquisador. Qualquer que seja o texto ou o processo textual, estes são analisados como caminhos que mediam as relações institucionais e organizam o que pode ser dito e feito (Campbell & Gregor, 2002; De Vault & McCoy, 2002).

Tais premissas encontram-se em consonância com a Psicologia Social crítica na medida em que esta é considerada como ferramenta de estudo e reflexão sobre as formas de ação e intervenção em saúde, perpassadas pelas racionalidades e materialidades institucionais, direcionando-se o foco na forma como os textos coordenam as ações e práticas no contexto da saúde pública (Traverso-Yepez, 2005).

Considera-se, então, que tanto o processo de pesquisa quanto o trabalho em saúde estão inseridos em uma dinâmica dialógica e relacional marcada pelo encontro entre os diversos atores envolvidos que trazem consigo experiências de vida, saberes, valores e concepções de mundo que acabam gerando formas de ação e posicionamentos na vida em sociedade.

4.1 Participantes e estratégias para a obtenção e análise das informações

Participaram desta investigação, voluntariamente, os profissionais do PSF que dentro da sua área de cobertura já haviam acompanhado mulheres que vivenciaram ou estavam vivenciando a experiência de adoecimento pelo câncer de mama, totalizando onze participantes (sete mulheres e quatro homens). Destes, oito trabalham na UMFC desde a implementação do PSF, enquanto um está no programa apenas há um ano; e os outros dois, respectivamente, estão há seis anos e há quatro anos.

Participantes	Profissão	Idade	Tempo na UMFC
A	Médico (a)	48	1 a
B	Auxiliar de enfermagem	42	6 a
C	Agente comunitário de saúde	46	6 a
D	Agente comunitário de saúde	38	6 a
E	Agente comunitário de saúde	38	6 a
F	Agente comunitário de saúde	25	c
G	Enfermeiro (a)	42	11 a (6 a no PSF)
H	Enfermeiro (a)	46	6 a (4 a no PSF)
I	Médico (a)	60	6 a
J	Enfermeiro (a)	43	6 a
L	Médico (a)	42	6 a

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada, realizada individualmente com os profissionais, possibilitando um amplo espaço para estes se expressarem acerca de diversas questões. As entrevistas abordaram, em linhas gerais, os seguintes eixos temáticos: 1) questões sócio-demográficas; 2) práticas e ações cotidianas dos profissionais da UMFC em relação à neoplasia mamária; 3) relação entre os discursos oficiais acerca da atenção precoce e a realidade vivenciada no contexto da saúde pública; 4) conhecimento das experiências das usuárias da UMFC, a partir das vivências dos profissionais do PSF desta unidade; 5) identificação das ações passíveis de serem empreendidas pelos profissionais.

As entrevistas, de acordo com a perspectiva da etnografia institucional, são compreendidas como um processo reflexivo, onde tanto os entrevistados quanto os entrevistadores constroem os conhecimentos conjuntamente. Ressalta-se ainda a importância de estarmos atentos, na sua condução, não apenas à coleta dos dados, mas também, a possibilidade de instaurar-se um espaço onde poder-se-ia compartilhar idéias e *insights* com os participantes (De Vault & McCoy, 2002).

É um processo dialógico que implica tanto o pesquisador quanto os participantes, ambos empreendendo uma postura ativa diante do conhecimento que está sendo produzido. De Vault & McCoy (2002) apontam que melhor seria descrevê-las como conversas com as pessoas as quais o pesquisador pode solicitar “explicações sobre o que está fazendo, o porquê foi feito assim, o que ele pensa sobre isso, etc” (p.756).

A investigação foi direcionada às práticas de trabalho dos profissionais que ocupam funções chaves, tais como enfermeiras, médicos, agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, pois estes são

o elo entre os usuários e os discursos normatizadores e quando entrevistados são como atores intermediários no complexo institucional. Como eles são treinados para usar os conceitos e categorias que os pesquisados querem desvelar e estão acostumados a falar a partir do discurso normatizador, o entrevistador deve procurar ir além da linguagem institucional para ver “o que realmente acontece”. Nos estudos focados em mudanças é importante questionar não apenas como o sistema opera, mas também como poderia ser organizado diferente. As pessoas raramente são questionadas sobre mudanças e formas de realizá-las e assim isso poderia trazer muitas reflexões/contribuições importantes (De Vault & McCoy , 2002, p.760).

As transcrições textuais das entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e o processo de análise contemplou as seguintes etapas:

- Realizou-se uma leitura flutuante das transcrições levando-se em consideração as anotações empreendidas pelo entrevistador sobre o contexto da entrevista (onde foi feita, como o assunto foi introduzido, o que ocorreu antes do gravador ser ligado...) a fim de possibilitar uma compreensão inicial da conformação da situação dialógica e do uso que estava sendo feito pelos entrevistados do espaço de entrevista;
- Organizou-se posteriormente o material a ser analisado buscando apreender, a partir dos “textos” os processos institucionais que estavam modelando/conformando o cotidiano de trabalho e as experiências dos profissionais de saúde;
- Efetuaram-se diversas leituras das informações obtidas, buscando um aprofundamento acerca da forma como as pessoas descrevem suas práticas e processos de trabalho percebendo como a dinâmica institucional está perpassando-os, definindo, posteriormente os núcleos temáticos de significação orientados pelas questões mais significativas;
- Buscou-se estabelecer articulações entre o conteúdo expresso pelos participantes da pesquisa e o referencial teórico da investigação, visando responder às indagações referendadas nos objetivos, sem perder de vista a complexidade do fenômeno estudado.

4.2 Contextualizando a pesquisa

O bairro de Felipe Camarão, definido como tal, teve sua institucionalização decretada pela lei municipal n° 1760 de 1968. Está localizado na Zona Oeste de Natal com uma área de 663,4 ha correspondente a 4,5% da área do município de Natal.

Limita-se ao norte com o rio Potengi, ao sul com o conjunto Guarapes, ao leste com o bairro de Cidade da Esperança e a oeste com o bairro de Cidade Nova(Cavalcante & Lima, 1995).



Figura 11. Mapa da cidade de Natal-RN indicando o bairro de Felipe Camarão (sem escala).
Fonte:http://www.natal.rn.gov.br/semurb/bairros/oeste/felipe_camarao.php.

De acordo com o censo do IBGE de 2000 a população é de 45.907 habitantes, configurando-se como o bairro de maior índice populacional do Distrito Oeste, bem como, um dos quatro com a maior população de Natal. Apresenta grandes desigualdades socioeconômicas expressas na precária infra-estrutura de moradia, transporte, educação, saúde, de falta de saneamento básico e tratamento domiciliar de água, principalmente nas favelas, além do desemprego, da violência e do consumo de drogas (Cavalcante & Lima, 1995).

Os centros de saúde existentes no bairro (Unidade Mista, Unidade Básica de Saúde e Unidade III) estão voltados, em sua maioria, ao nível de atenção primária da saúde e muitas vezes não atendem a demanda da população. Observa-se que em algumas instituições ainda faltam profissionais de saúde e contam com instalações e equipamentos precários para o atendimento da população (Cavalcante & Lima, 1995).

A Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) foi construída pela população local em 1976, em regime de mutirão, com recursos do governo dos Estados Unidos angariados por iniciativa de *Mary Ann*, uma enfermeira norte-americana que trabalhou com a população carente da cidade de Natal-RN. Funcionou inicialmente, em 1979, como um posto de saúde conveniado à Secretaria de Saúde do Estado, em cumprimento à promessa de campanha do então governador Lavoisier Maia. Na gestão seguinte foi ampliada com a construção da maternidade em um terreno cedido pela comunidade em troca de uma reforma na sede do Conselho Comunitário de Felipe Camarão (Cavalcante & Lima, 1995).



Figura 12. Imagens da UMFC.
Fonte: Acervo pessoal da autora.

A UMFC é a maior das três unidades existentes no bairro de Felipe Camarão. É uma instituição de referência na saúde da mulher, funcionando com o serviço ambulatorial e centro obstétrico. Incluída no PSF, recebeu em maio de 1999 as seis primeiras equipes constituídas por 01 médico (a), 01 enfermeira (o), 01 auxiliar de enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde. Destaca-se ainda que a UMFC recebeu, em maio de 2001, o título de Hospital Amigo da Criança pelo trabalho de incentivo ao aleitamento materno do UNICEF.

Atualmente as seis equipes de saúde do PFS assistem a uma população de 18.170 pessoas distribuídas em 4.800 famílias. Os serviços oferecidos são organizados através do agendamento de consultas realizados pela própria pessoa ou pelo agente

comunitário de saúde, de acordo com a necessidade e demanda da população coberta. Ressalta-se que todas às sextas feiras não há o atendimento ao público em decorrência da realização de reuniões das equipes a fim de discutirem os problemas enfrentados, bem como, o planejamento de novas estratégias de ação frente à comunidade.

4.3 O caminho percorrido

Antes de iniciar a coleta das informações, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN conforme os critérios e exigências estabelecidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como a Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), sendo aprovada a sua realização.

Realizou-se um primeiro contato com o diretor provisório da UMFC, via telefone, explicitando a proposta da pesquisa, esboçando rapidamente os seus objetivos em um diálogo mais informal. Logo em seguida efetuou-se uma visita a fim de apresentar o projeto, bem como a pesquisadora, além da aproximação inicial com o campo de investigação.

Com a assunção da nova diretora mais uma vez empreendeu-se uma visita à unidade passando às suas mãos uma cópia do projeto de pesquisa. Em todos esses encontros sempre fui bem recebida e os profissionais da UMFC demonstraram, desde o início, interesse pela investigação sempre ressaltando a importância de sua realização para a instituição.

Agendou-se, então, o contato com os profissionais para a apresentação do projeto pela pesquisadora e sua orientadora, o que ocorreu na semana posterior, na reunião de planejamento da UMFC. Observou-se que neste momento já se instaurou um

espaço de reflexão, pois logo que compartilhamos as informações estes logo começaram a comentar os objetivos (já que alguns tinham tido acesso ao projeto e efetuado uma leitura anterior) falando também de suas experiências, dos obstáculos enfrentados, enfim, foi um momento muito rico de troca de vivências e posicionamentos acerca das suas práticas em relação ao câncer de mama.

Todos os encontros foram realizados na unidade, algumas vezes nos consultórios médicos, outras na sala do preventivo, outras na sala de vacinação, no espaço de reunião dos agentes de saúde, nos bancos da unidade, enfim, em virtude da precariedade da infra-estrutura da unidade não havia um lugar definido para a realização das entrevistas. Contudo, destaca-se que apesar de alguns desses locais não oferecerem as “condições ideais” de um *setting* de entrevista, não houve ocorrências que comprometessem os nossos encontros, salientando-se o barulho, que em algumas vezes acabou dificultando a sua transcrição.

A cada encontro a pesquisadora apresentava-se novamente explicitando os objetivos da entrevista e ressaltando também a existência de um Termo de Consentimento, conforme os critérios estabelecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ver apêndice A), cuja assinatura dos participantes fazia-se necessária à consecução de pesquisa. Evidencia-se que todos os participantes preferiram ler o termo e as dúvidas que emergiram foram esclarecidas pela pesquisadora, que procurou sempre deixar claro o aspecto do anonimato dos participantes, das informações obtidas, bem como da autonomia para decidir acerca de sua participação ou não da pesquisa.

Utilizou-se o gravador, com o prévio consentimento de todos os participantes, para o registro das entrevistas. Observou-se, que apesar da concordância quanto à utilização deste instrumento, alguns profissionais se sentiram envergonhados no início, situação esta que foi se normalizando no transcorrer da entrevista.

As entrevistas foram realizadas abordando questões relativas ao tema pesquisado, mas também permitiram aos participantes sua livre expressão acerca do tema, fazendo uma recondução ao foco, quando necessário. Percebeu-se assim, que para alguns o encontro foi um momento para expressar as dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho, não pertinentes ao nosso objeto de estudo, mas envolvendo sentimentos e frustrações diante da realidade da saúde pública, suas experiências pessoais, enfim, questões que muitas vezes estes não têm oportunidade e nem espaço de compartilhar no dia-a-dia.

5. Mapeando os discursos e as práticas dos profissionais de saúde do PSF da UMFC em relação à atenção precoce do câncer de mama

Este capítulo corresponde à análise e a discussão das informações obtidas no decorrer desta pesquisa. Reafirma-se que o olhar foi direcionado à apreensão de como os processos institucionais poderiam estar conformando o cotidiano de trabalho e as experiências dos profissionais de saúde do PSF da UMFC em relação à atenção precoce do câncer de mama.

Procurou-se em todo o texto efetuar articulações entre o conteúdo expresso pelos participantes da pesquisa e o referencial teórico da investigação, visando responder às indagações referendadas nos objetivos, sem perder de vista a complexidade do fenômeno estudado. Portanto, como resultado desse exaustivo processo de imersão em todo o material trabalhado, foram definidos quatro núcleos principais, a saber:

5.1 Da difícil facilidade: da expressão das políticas aos empecilhos nas práticas cotidianas;

5.2 Da fácil dificuldade: mais em empecilhos nas práticas cotidianas;

5.3 Caminhos e descaminhos na atenção precoce do câncer de mama: as conseqüências das “idas e vindas”;

5.4 Facilitando processos de resignificação: possibilidades de transformação;

Definiram-se ainda os subnúcleos de informações relacionados aos eixos temáticos principais, mapeados na tabela abaixo:

MAPA I

Da difícil facilidade: da expressão das políticas aos empecilhos nas práticas cotidianas	Da fácil dificuldade: mais empecilhos nas práticas cotidianas	Caminhos e descaminhos na atenção precoce do câncer de mama: as conseqüências das “idas e vindas”	Possibilidades de transformação
<ul style="list-style-type: none"> - Pouca familiaridade com os discursos oficiais; - Como é referida, na prática, a política de atenção precoce do câncer de mama; - Ênfase nas campanhas sem garantir a retaguarda dos serviços - Como a atenção precoce é dificultada pela estruturação do serviço: empecilhos destacados: <ul style="list-style-type: none"> - <i>Limitados conhecimentos e falta de treinamento;</i> - <i>A problemática das referências e contra-referências;</i> - <i>Dificuldades de acesso aos exames específicos;</i> - Câncer de mama ainda não é uma prioridade nas discussões e práticas dos profissionais; 	<ul style="list-style-type: none"> - O cotidiano institucional influenciado pela infra-estrutura precária dos serviços; - O excesso de outras demandas; - Como as ações de prevenção e promoção da saúde são deixadas de lado; - A sensação de descaso por parte dos gestores; 	<ul style="list-style-type: none"> - Os descaminhos que levam ao diagnóstico tardio; - Os caminhos que levam ao diagnóstico precoce; - Descumprimento dos direitos 	<ul style="list-style-type: none"> - A dupla interrogação: o que deveria e o que poderia ser feito; - O que deveria... - O que poderia...

5.1 Da difícil facilidade: da expressão das políticas aos empecilhos nas práticas cotidianas

Foram agrupados neste núcleo temático os segmentos de fala que expressam a longa distância entre as preconizações dos documentos oficiais voltados à atenção precoce da neoplasia mamária e o cotidiano institucional de uma unidade de saúde pública de Natal.

A expressão “da fácil dificuldade” nos remete à retórica da grande maioria dos discursos oficiais em relação a essa temática, onde é ressaltada a suposta facilidade da efetivação das ações dos profissionais em relação à atenção precoce da neoplasia mamária, desconsiderando-se, entretanto, toda a rede de interdependências sócio-estruturais que estão conformando e perpassando suas práticas cotidianas, bem como os posicionamentos e processos de significação de todos os atores sociais envolvidos.

5.1.1 Pouca familiaridade com os discursos oficiais

Como já destacado anteriormente, as estratégias preconizadas pelas políticas de prevenção do câncer de mama estão, em sua grande maioria, distantes do cotidiano do SUS. No contexto da UMFC, apesar do recebimento dos principais documentos oficiais, observou-se a pouca familiaridade dos profissionais em relação aos seus pressupostos teóricos e suas implicações práticas como apontam essas participantes:

A gente recebeu, né, todos nos recebemos é... O consenso, o consenso de mama. Aí uma pessoa, acho que chegou aí e distribuiu, eu tenho esse consenso sabe, de 2004. Esse ano que a gente recebeu. Alguém entregou, acho que foi alguém que recebeu ou a Secretaria mandou, eu não sei bem (A, médica).

Nós temos o manual do Ministério da Saúde, não sei se você já leu, o Consenso de Saúde da Mulher. Então aí fala que é pra fazer o exame de mama, não sei quê, estimular o auto-exame e nos treinamentos de saúde reprodutiva a gente sempre tem um horário que fala sobre o câncer de mama, para estimular o auto-exame e para realizar o exame nas pacientes (L, médica).

Percebeu-se então que poderia até haver a informação acerca destes, mas ainda não haviam sido possibilitados e instaurados espaços reflexão na UMFC que viabilizassem um repensar das práticas dos profissionais dessa instituição, favorecendo uma possível mudança de suas ações e discursos acerca da atenção precoce do câncer de mama. Acredita-se que só uma dinâmica de reflexão permanente sobre as diferentes tarefas envolvidas no trabalho em saúde, possibilitaria a emergência de possibilidades de reorientação das práticas cotidianas (Traverso-Yépez, 2002).

5.1.2 Como é referida, na prática, a política de atenção precoce do câncer de mama

Os relatos dos profissionais apontaram para o distanciamento entre as preconizações e os discursos “politicamente corretos” pregado pelos órgãos responsáveis pelas ações orientadas ao câncer de mama no Brasil e o cotidiano institucional concreto de uma unidade de saúde aqui no Nordeste:

Eu acho que o discurso é um e a realidade é outra. O discurso é politicamente correto, está tudo funcionando perfeitamente, que o pessoal tá pronto pra atender e manda pras unidade e pápápá e a realidade não é essa. A realidade não é essa [ênfase] (I, médico).

Eu vejo um descaso em relação a isso, a... A uma melhor atenção. A gente vai para seminário de câncer de mama e preventivo, a gente vê tudo como é pra ser, tudo bonito, aí dá aquele estímulo, mas quando a gente senta vê que não é isso que está acontecendo, que na realidade não é isso que está acontecendo (G, enfermeira).

Portanto, há que considerar a premissa de que as práticas em saúde precisam ser conformadas a partir do cotidiano de trabalho desses profissionais de saúde, reconhecendo e, sobretudo, refletindo sobre os determinantes sócio-estruturais e as marcantes iniquidades presentes no sistema de saúde brasileiro e que estão perpassando diretamente tais ações.

5.1.3 Ênfase nas campanhas sem garantir a retaguarda dos serviços

As campanhas, assim como os documentos oficiais preconizam o incentivo à atenção precoce do câncer de mama através de consultas rotineiras à médicos especialistas, realização do auto-exame, do exame clínico das mamas e de mamografias. Contudo desconsideram a dinâmica dos serviços oncológicos no contexto do sistema público de saúde, entrecortado, sobretudo, pela insuficiência e demora tanto de referências quanto dos exames específicos.

Segundo alguns profissionais, as campanhas acabam gerando uma grande demanda de mulheres pelos serviços que possibilitem a investigação de algum achado, bem como a prevenção da doença, sem garantir, no entanto, a retaguarda de serviços e de uma estrutura de suporte que possibilitam a efetivação dessas ações:

[silêncio e suspiro]. *O problema é que esses programas são... Na teoria eles são muito bacanas, muito bonitos e bem feitos, quando eles querem eles fazem um negócio de marketing bem feito, botam na TV, o problema é o respaldo por trás, de garantir o acesso aos exames. É investimento, eles querem divulgar, fazer a divulgação, mas não querem gastar dinheiro com os exames. Ai emperra, porque não adianta você fazer uma bela campanha, chega um monte de mulher aqui, você vai palpar várias mamas e vai descobrir vários nódulos suspeitos e desses quanto vão ser confirmados o diagnóstico, quantos vão ter acesso aos exames? Então fazer campanha tem que garantir a retaguarda do exame... Tem que ser garantido. E exame tudo, a ultra-sonografia mamária, mamografia e punção (L, médica).*

Observa-se ainda que o conteúdo desses documentos normalmente são normativos e prescritivos. Como exemplos estão às campanhas veiculadas especialmente na mídia televisiva e impressa, onde há uma tendência à responsabilização individual das mulheres pela prevenção do câncer de mama, apesar da confirmação de que não há como determinar aquelas que o desenvolverão (Malzyner et al, 2000).

Na década de 90 a atriz Kássia Kiss foi protagonista de uma das campanhas que até hoje é lembrada ao se abordar essa questão. O título era “*câncer de mama: a cura pode estar em suas mãos*”, ou seja, dependeria das próprias mulheres o seu não adoecimento a partir da realização de exames periódicos, alimentação correta e equilibrada, prática de atividade física regular, dentre outras.

Observou-se que mesmo diante do aumento tanto da sua incidência quanto da sua mortalidade, há uma tendência à não adesão tanto das mulheres quanto dos profissionais às campanhas e aos programas governamentais. E assim, questiona-se: podemos culpabilizar individualmente essas mulheres pelo seu adoecimento ou ampliamos nossa compreensão de que este fato faz parte de uma problemática muito mais complexa? As crenças, atitudes, valores poderiam estar influenciando a forma como o câncer de mama tem sido abordado nas unidades de saúde pelos profissionais? Os tabus em relação ao toque da própria mama e do próprio corpo não são apenas partes dos indivíduos ou da sua “personalidade”, mas realmente estão inseridos em um contexto sociocultural e simbólico maior?

Abreu & Koifman (2002) afirmam que o prognóstico desta doença muitas vezes é um reflexo dos obstáculos enfrentados pelas mulheres de classes sociais menos favorecidas, implicando no diagnóstico desta neoplasia em fases já avançadas. Assim, constata-se que há um estímulo à conscientização acerca da detecção e do diagnóstico

precoce. No entanto, a realidade do sistema público de saúde aponta para a insuficiência da oferta de serviços e de uma estrutura de suporte que possibilitem a efetivação destas ações.

5.1.4 Como a atenção precoce é dificultada pela estruturação do serviço: empecilhos destacados

Um outro aspecto observado nesse estudo foi à própria estruturação dos serviços públicos de saúde em relação ao câncer de mama. Estes compreendem uma rede de ações estruturadas nos três níveis de atenção à saúde. Contudo a trajetória desse percurso muitas vezes é dificultada pela burocratização na sua dinâmica, resultando em uma verdadeira *via crucis* percorrida pelas usuárias na busca da atenção à sua doença, bem como pelos profissionais, que geralmente ficam de mãos atadas. A dinâmica de marcação de fichas e toda a burocracia envolvida é comentada a seguir³:

Antigamente as fichas de referências eram marcadas via telefone e a pessoa já ia com a referência sobre onde ela iria, pra que especialista, quem era o médico, o horário de ir, tudo ali certinho. Mas com o passar do tempo foi se optando pela questão da autorização. Leva pro distrito, vai lá e carimba, trazem pra cá de novo, aí a pessoa vai pro serviço de saúde relacionado pra marcar e depois volta pra casa e se retorna no dia. É um lance altamente burocrático. Você leva pra lá pra receber um carimbo lá no Distrito pra voltar pra cá, para as pessoas ir pra o serviço relacionado, a unidade específica, pra entre aspas “receber outro carimbo” que seria a marcação né,

³ No momento atual (fechamento da dissertação) as unidades de saúde estão sendo informatizadas, mas destaca-se que a *internet* é disponibilizada apenas Gerência do Distrito de Saúde. Assim, apesar da informatização do serviço com a presença dos computadores nas unidades, observou-se que a Diretora ou um funcionário de todas as Unidades da Zona Oeste precisam se deslocar até a Gerência e solicitar o agendamento das referências, uma ou duas vezes por semana, implicando assim na continuação da demora dos encaminhamentos.

aí volta pra cá pra ir no dia. É um zigue-zague essa referência (F, agente de saúde).

O que deveria ser garantido a todas as mulheres que encontrassem alguma alteração mamária e que buscassem a sua atenção precoce seria primeiramente o acesso a um médico no nível de atendimento primário (unidades básicas de saúde). Depois deveriam ser disponibilizados os serviços no nível secundário (unidades que permitem a utilização de recursos mais especializados como a mamografia, punção para estudo citológico, dentre outros) para a avaliação da necessidade ou não de encaminhamento a uma instituição de maior complexidade (geralmente os hospitais capacitados para a realização de tratamentos de maior complexidade, como o cirúrgico) como expressa o seguinte profissional:

Porque vamos dizer, o clínico geral ele vai atender, ele vai fazer o auto-exame e vai solicitar os exames né. Dependendo daqueles exames, porque algum nódulo, alguma coisa que a pessoa sinta, não é câncer, não quer dizer que aquilo seja um câncer. Então aquele primeiro exame eu acho que o clínico, os médicos que tão aqui na unidade podem ver. Se ele achar que naquilo dali tem alguma coisa que tenha necessidade de encaminhar pra um especialista ele encaminharia. Então, não teria necessariamente que você ter que ir primeiro pra o especialista pra depois solicitar os exames. Se você já chega lá com seus exames não vai ser um atendimento mais rápido? Ali ele já teria a resposta pra sua necessidade. Mas não [ênfase] primeiro vai no especialista aí quando chega lá faz a consulta, aí pede os exames, pra ir novamente lá naquele especialista ele tem que vir aqui na unidade pedir outro encaminhamento pra remarcar aquela consulta, o retorno, tem toda dificuldade (H, enfermeira).

Contudo, isso era o que “deveria acontecer”. No contexto da UMFC, ainda não há uma padronização do protocolo terapêutico em relação à atenção precoce, e assim, tanto as usuárias quanto os profissionais se deparam com diversas instâncias a

serem percorridas, múltiplos encaminhamentos, autorizações, “idas e vindas” constantes, situação essa visualizada no seguinte esquema:

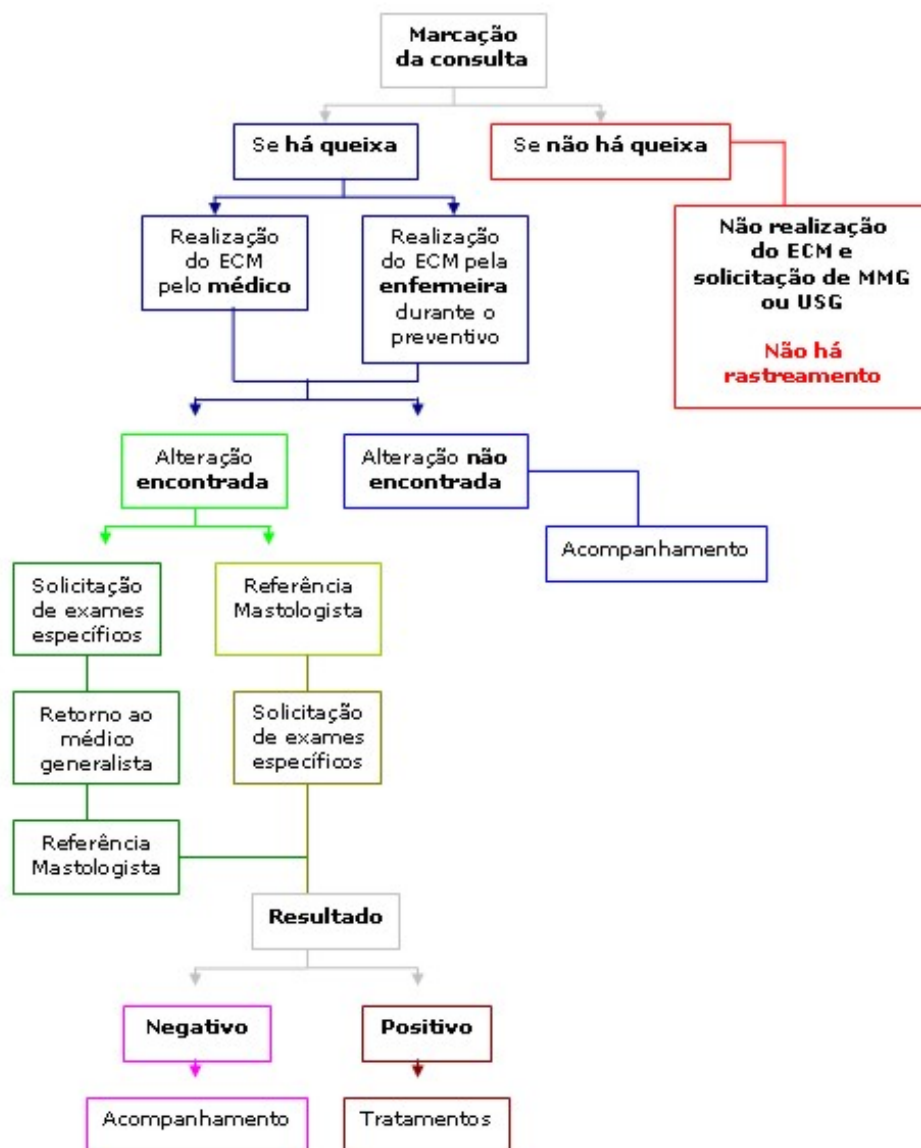


Figura 13. Fluxograma do atendimento das usuárias da UMFC em relação ao câncer de mama. Fonte: Própria autora.

Observou-se que as ações são realizadas tanto pelos médicos quanto pelas enfermeiras, na maioria das vezes, quando às usuárias apresentam alguma queixa prévia e principalmente no momento do preventivo. Havendo algum achado suspeito, há o

prosseguimento da investigação que percorre dois caminhos distintos e que acabam muitas vezes influenciando na forma e no tempo de atenção recebido.

Esse primeiro encontro poderia transformar todo o percurso e a vivência das mulheres que detectam alguma alteração na mama ou possibilitar a sua descoberta àquelas que ainda não o identificaram. Apesar disso, na UMFC ainda não são efetivados as preconizações dos protocolos de atendimento à neoplasia mamária, como por exemplo, a não realização da anamnese clínica, do ECM, além de não existência de um encaminhamento padronizado a todos os profissionais que se deparam com uma usuária que apresente alguma alteração mamária.

5.1.4.1 Limitados conhecimentos e falta de treinamento

O panorama supracitado pode ser compreendido se levarmos em consideração que os profissionais das unidades de saúde que poderiam estar realizando o primeiro atendimento das mulheres muitas vezes não receberam treinamentos sistemáticos que possibilitasse uma maior capacitação técnica à realização de tais ações. A maioria dos participantes, em algum momento das entrevistas, teceu comentários sobre a insuficiência e descontinuidade das ações, tendo sido destacadas as seguintes:

(...) essa questão de treinamento eu também acho pouca sabe. Tem, mas deveria ter todo ano, ter uma reciclagem todo ano. Esse ano não teve nada de câncer de mama (...) Teve a última vez, onde foi chamado todo mundo pra fazer a sensibilização, mas isso foi em 2002 e depois daí não teve mais nada (G, enfermeira).

Para cá, para a gente, para o serviço, eu acho assim, que a gente não foi muito bem trabalhada para trabalhar essas questões. Eu, pelo menos, assim, não tenho nenhum curso que a instituição promoveu em cima disso. Eu tenho 15 anos de instituição e eu nunca [silêncio]. Então a gente não tá sensibilizado... (J, enfermeira).

Além da inexistência de uma política de educação permanente voltada à atenção do câncer de mama, observou-se também que os treinamentos acabam não envolvendo todos os membros das equipes, estando restritos, especialmente, aos médicos e aos profissionais de enfermagem:

Essa parte sempre compete mais aos profissionais de nível 1, superior, que são os médicos e enfermeiros. Pra gente tudo é muito pouco, tudo é muito raro, auxiliar quase não é chamado [ênfase]. Passa anos após anos e a gente não recebe treinamento de nada (B, auxiliar de enfermagem).

As auxiliares e os agentes de saúde, profissionais da equipe que estão em contato mais direto com a comunidade, são os que tiveram menor acesso aos treinamentos estando, na maioria das vezes, menos qualificados para dar retorno sobre esse tipo de inquietação

É, pra nosso dia-a-dia é bom por que às vezes você chega num domicílio, às vezes a pessoa não pode ir a um médico aí conversa com a gente “ah eu tô com isso, isso, isso” e a gente não sabe nem dizer o que é, aí era bom a gente ter mais algum treinamento, sobre assim, pelo menos quando ouvir algum história já repassar e eles já ter o atendimento mais rápido (C, agente de saúde).

Percebeu-se também que o conhecimento é repassado tanto de forma hierárquica, onde os profissionais responsáveis pela capacitação geralmente se colocam em um patamar superior e através de palestras e seminários vão “empurrando” as informações desconsiderando as necessidades dos participantes e do próprio cotidiano institucional:

(...) E eu gostaria de dizer a você que eu acho muito falho aquela história de que você vai fazer um treinamento e você chama um [ênfase] profissional da unidade. Uma coisa é o profissional saber fazer, ir pra lá, assistir, até opinar e tudo, outra coisa é o colega chegar na unidade e ter a oportunidade e não só a oportunidade, mas a capacidade de retransmitir aquilo que aprendeu no treinamento (I, médico).

(...) a gente já teve palestra, seminários, essas coisas, mas agora um treinamento pra você “se você apalpar isso assim, assim é aquilo...” Porque você falar é uma coisa, teoria é uma coisa e a prática é outra coisa. Então, a gente tem a teoria, mas a prática em si não. Eu não tenho [ênfase] (H, enfermeira).

Diversos estudos (Borguesan et al, 2003; Monteiro et al, 2003; Godinho & Koch, 2004) têm sido realizados a fim de avaliar tanto o conhecimento quanto as práticas dos profissionais principalmente em relação ao exame clínico da mama (ECM) e auto-exame da mama (AEM). Estes têm evidenciado a pouca familiaridade, bem como a sua realização de forma irreflexiva e muitas vezes automatizada, o que acabou sendo confirmado nos relatos abaixo:

(...)Eu acho que já que se quer um trabalho bem feito então tem que se treinar também bem feito. A gente faz aqui a prática da apalpação da mama, mas é uma atuação autodidata como a televisão ensina, como o pessoal diz “olha é assim é assado”. Então a gente aprende assim e do mesmo jeito que ensinaram pra gente a gente ensina ao paciente (H, enfermeira).

Observou-se que dentre os segmentos de falas direcionados à essa questão, a maioria discorreu acerca das dificuldades de acesso aos treinamentos e capacitação. Contudo, o relato abaixo despertou nossa atenção, pois o participante apresenta um panorama que até então não tinha sido evidenciado. Este, discorreu acerca do bom funcionamento da instituição, das condições de trabalho apropriadas, sobre a realização de ações integradas das equipes, treinamentos suficientes, enfim, um quadro totalmente diferente dos encontrados até então. Pareceu mais um discurso pronto, politicamente correto, como se ele quisesse apenas me dar uma resposta certa e que não condiz com as colocações e dificuldades evidenciadas pelos outros profissionais:

Eu acredito assim, que todos estão treinados, todos os profissionais estão aptos até a detectar, não só o médico, mas o agente, a auxiliar de enfermagem, a enfermeira, todos estão

aptos a detectar qualquer indício de que venha no futuro a desenvolver um câncer. (...) a gente faz essa busca ativa e leva essa informação com precisão as mulheres para que elas venham a fazer o auto-exame em casa e se tiver alguma dúvida nos passe pra que a gente venha a facilitar um atendimento pra ela e pra que ela venha até a unidade...(D, agente de saúde).

Poder-se-ia inferir então que a não realização de ações sistemáticas e de educação permanente em relação ao câncer de mama poderia estar influenciando a forma como os profissionais de saúde estariam envolvidos, motivados e interessados em relação à essa temática, implicando assim, nos serviços prestados às usuárias. Contudo, se não há a incorporação de conhecimentos contextualizados às suas práticas cotidianas, levando em consideração toda a complexidade que as perpassam, como poder-se-ia motivá-los a realizarem ações voltadas à atenção precoce do câncer de mama?

5.1.4.2 A problemática das referências e das contra-referências

Destacou-se também, nas entrevistas, as dificuldades que os profissionais enfrentaram ao encaminhar as mulheres para o atendimento com os médicos especialistas. Muitos dos participantes expressaram o quanto às referências eram insuficientes: *“Mas o problema é justamente a questão das vagas que são oferecidas por unidade pela esfera superior, essa é a maior dificuldade que a gente vive aqui, essa questão de referência. A questão da referência é um problema sério [ênfase]”* (F, agente de saúde). Como também, demoram um longo tempo para serem efetivadas:

(...) Então já tem aquela dificuldade na central de marcação de marcar um mastologista, aqueles exames mais específicos, então tudo é um entrave. (...) se for no trâmite legal do sistema do SUS é uma lentidão sem fim, quando a paciente vem conseguir realmente o tratamento ela já pode estar num estado que não tenha volta né, que o prognóstico dela seja mais sombrio do que se ela tivesse feito o tratamento e o acompanhamento mais precoce (H, enfermeira).

O relato acima evidenciou claramente o quanto o descompasso do sistema único de saúde (SUS) em relação às referências poderá implicar na detecção e na confirmação do câncer de mama em estágios mais avançados. De acordo com as preconizações do INCA os serviços oncológicos do SUS deveriam ter o seu número determinado pela população que cobrem e serem adequadamente distribuídos pela área geográfica onde vive esta população (Kligerman, 2000). Contudo essa situação é oposta à encontrada pelos profissionais da UMFC:

(...) Agora eu estava vendo ali, não sei se você tem acesso, ao número de ficha de mastologista que existe disponível... Para o Oeste. Se eu não me engano são seis fichas. Esse documento veio para a unidade, por isso que eu acredito que seja para a unidade. Se for, essa demanda já está boa, porque antes o pessoal não tinha nem acesso! (...) Porque antes só tinha uma para o distrito todo (B, auxiliar de enfermagem).

Diante desse relato, levando-se em consideração que a comunidade de Felipe Câmara deve ter em média 10.000 mulheres em idade fértil, como podemos falar de atenção precoce? Que determinantes são avaliadas e em quais os gestores se baseiam para definir essa percentual de referências para cada unidade de saúde? Assim, toda essa problemática acaba se configurando como um obstáculo, muitas vezes, intransponível às usuárias implicando na sua desistência de procurar atenção ao problema que está enfrentando:

Na realidade o que a gente faz aqui... A gente dá o encaminhamento que é super difícil, a gente sabe que a rede não tem profissional mastologista. Aqui a maioria das pessoas desiste na primeira negativa que elas encontram na frente né, e umas são mais persistentes e tentam. Antigamente a gente encaminhava para o Centro de Saúde do Alecrim, que tinha mastologista lá, mas ele também não está mais lá (G, enfermeira).

Além disso, a falta de garantias quanto ao funcionamento dos encaminhamentos poderia influenciar as práticas dos profissionais mais compromissados que, diante da conformação desse contexto, acabará “lavando as mãos” e não se responsabilizando pelas conseqüências dessa dinâmica:

(...) O problema é a resposta desses encaminhamentos... Que é o atendimento que não é feito com tanta urgência como a gente solicita, como deveria ser, porque o câncer não espera que você se trate daqui a 10 anos a 5 anos ou quanto tempo seja, o câncer tá lá atuando e o sistema único devagar e o câncer a 100 por hora e o sistema único a 20 por hora. Então quando chega lá na frente o paciente já tem ido embora, como tem casos aqui de pacientes de outros tipos de câncer que quando veio conseguir fazer o diagnóstico com a biópsia e tudo que tinha direito o paciente já tava na fase terminal. (H, enfermeira).

Além de todas as dificuldades de encaminhamento para os serviços especializados apontadas, evidenciou-se também que na maioria dos casos os profissionais das unidades básicas de saúde não tinham conhecimento acerca do desfecho das ações que foram realizadas:

A gente encaminha pra um especialista, para o mastologista né, vai, o paciente, a gente preenche uma ficha de referência e contra-referência, só que essa contra-referência a gente nunca tem (...) O especialista, ele não manda pro médico nada [ênfase]. Falando com o paciente é que a gente sabe o que é que ele tá fazendo, qual o tratamento que ele tá fazendo, se ele fez cirurgia, se tá fazendo quimioterapia, radioterapia. Não tem nenhum retorno, não tem nenhuma contra-referência não (A, médica).

Sem a contra-referência os profissionais ficam sem saber “(...) o que é que foi suspeitado, o que é que foi diagnosticado, qual foi o tratamento que passou, se realmente precisa ter que voltar novamente pra aquele serviço” (I, médico). Essa

dinâmica acaba impossibilitando a realização de um acompanhamento mais efetivo das usuárias da UMFC e todas as etapas do seu tratamento e reabilitação.

De acordo com Traverso-Yépez (2005), toda essa situação acaba instaurando um profundo hiato entre os direitos constitucionalmente garantidos e a efetiva implementação dos serviços públicos associados aos mesmos, criando uma sensação de que as coisas são assim desde sempre, fora do controle das pessoas, insuperáveis, renegando-se o serviço que deveria ser empreendido à população que o necessita.

5.1.4.3 Dificuldades de acesso aos exames específicos

Observa-se também, como descrito anteriormente em relação às referências, a existência de diversos empecilhos aos serviços especializados, sobretudo, as mamografias e as ultra-sonografias. Vários profissionais apontaram que estes ainda não estão disponibilizadas em um número suficiente que atenda a demanda das mulheres que são usuárias do SUS:

(...) O que a gente sente mais é o custo, é os exames, a gente pede uma mamografia, chega uma mulher de 40 anos, a gente sabe que toda mulher acima de 35/40 anos tem direito à mamografia, a gente pede, mas sabe que ela não vai conseguir logo (J, enfermeira).

A gente palpa, descobre um nódulo, a primeira coisa que a gente faz, pede a ultra-sonografia ou a mamografia e às vezes pede os dois. Aí [suspiro] vai e marca, tenta marcar esses exames pelo SUS, que é uma demora horrorosa (L, médica).

Segundo Koch, Peixoto & Neves (2002) além de insuficientes em número, os mamógrafos existentes no Brasil encontram-se ainda mal distribuídos, estando a sua

grande maioria (76,7%) em clínicas radiológicas privadas e com maior concentração nas regiões sul e sudeste do país.

O SUS é responsável pela assistência médica de mais de 70% dos brasileiros e realizou no ano de 1999 o pagamento de 1.038.341 exames mamográficos, correspondendo a menos de 8% das mulheres maiores de 40 anos. No ano de 2003 foram realizadas em todo o Brasil, de acordo com o INCA, 2.200.000 mamografias quando na realidade o número necessário destes procedimentos seria de nove milhões de exames (Gurgel, 2004).

Além dessas dificuldades, foi destacado também a pouca disponibilização das punções necessárias à consecução das biópsias diagnósticas (PAAF ou *core biopsy*):

Outra coisa! [ênfase e exclamação]. Assegurar também os casos da punção. A punção tem que ser assegurada pra essas mulheres que tem nódulo diagnosticado na ultra-sonografia ou na mamografia. Teve nódulo, encaminhar para punção e conseguir no tempo hábil, no máximo em 15/20 dias e não em 3/4 meses como elas demoram aqui para conseguir fazer uma punção. Poucas referências pra biópsia, pouquíssima [ênfase] referência pra biópsia (L, médica).

Observaram-se ainda, nos relatos dos participantes, a demora tanto no atendimento da solicitação efetivada “*Porque às vezes a gente diagnostica, palpa e ela fica rodando no sistema até dar o diagnóstico definitivo*” (L, médica), quanto na sua realização e no recebimento desses exames específicos:

(...) Você vê que tem vários encaminhamentos, mas você não tem pra onde ir. A pessoa passa de 3 a 4 meses pra fazer uma consulta e daquela consulta ainda mais outro tempo e quando chega no resultado final você já passou muito mais de 6 meses para chegar no diagnóstico que você queria. Por que quando você marca um ultra-som demora de 8 a 15 dias para realizar ou pra marcar, se você marca uma mamografia também é nessa faixa se não for mais... (H, enfermeira).

Em decorrência de toda essa morosidade vivenciada no sistema público de saúde tem sido cada vez mais comum às próprias usuárias “optarem” pela realização das consultas e exames particulares, geralmente em locais como o SESC cujos exames podem ser efetivados empreendendo-se um valor inferior aos cobrados em outras instituições:

Me parece que o nó grande é nos exames. A maioria acaba fazendo particular por que vai demorar, porque elas ficam muito ansiosas para ver o resultado. (...) Até hoje esses exames específicos são muito pouco, muito pouco pra o atendimento. (B, auxiliar de enfermagem).

As pessoas acabam empregando investimentos financeiros do seu próprio bolso, quando muitas delas já enfrentam problemas financeiros de outras ordens e acabam fazendo empréstimos para poderem realizar as intervenções necessárias quando na verdade todos esses serviços deveriam ser assegurados, ou melhor, cumpridos.

Destaca-se novamente o papel, por vezes determinante, das dificuldades de acesso aos serviços. A fala a seguir expressa claramente essa situação e a forma como essa profissional descreveu o caminho percorrido pelas usuárias, praticamente sem parar para respirar, em um ritmo frenético, acaba dando a idéia do longo caminho que é enfrentado:

(...) tudo começa pela entrada, primeiro tem que marcar a consulta, depois que marcar consulta, aí o médico, pela história dela, aí dá a ficha de referência, ela paga essa ficha de referência, dependendo de qual seja, aí deixa aí pra marcar, aí depois que marcar ela tem um período de ir lá, de ir pra onde foi dirigido aquele local que vai pra fazer aquela doença, pra ver os dados. Aí depois dali às vezes ela até desiste... [ênfase] (C, agente de saúde).

Essa dinâmica vai se naturalizando nos serviços, as pessoas acabam aceitando essa situação como se fosse a única opção e por serem usuárias do SUS não teriam outra possibilidade de suas demandas serem atendidas. E assim, continuarão a

descobrirem as alterações mamárias malignas tardiamente, com prognósticos ruins e sem intervenções a serem realizadas. A que custo essas mulheres conseguirão terem seus direitos atendidos?

5.1.5 Câncer de mama ainda não é uma prioridade nas discussões e práticas dos profissionais

Toda a problemática anteriormente descrita em relação à dinâmica dos serviços oncológicos no contexto do sistema público de saúde, acaba se refletindo na forma como a temática do câncer de mama vem sendo abordada no cotidiano da UMFC. A maior parte dos profissionais entrevistados expressaram o quanto essa questão tem sido relegada ao segundo plano: *“Eu diria que ela faz parte da discussão, mas não é o assunto principal, ela não tá ali na grande pauta”* (F, agente de saúde).

A conformação dessa situação foi justificada em decorrência da existência de outras demandas a serem atendidas *“a gente fala mais de outras coisas do que de câncer de mama (...) e sem ser uma demanda termina passando, são muitas coisas e a gente acaba deixando passar essa parte de prevenção”* (J, enfermeira).

Como também, pela pouca familiaridade dos conhecimentos técnicos, pela falta de condutas já padronizadas na unidade e especialmente pela ênfase das ações e da procura das mulheres estarem voltadas ao carcinoma uterino:

Assim, elas têm mais preocupação, não sei se pela divulgação, com o Papanicolau. Elas nunca dizem assim “Ah, eu queria marcar uma consulta pra mama”. São raras as pessoas que dizem “não, eu queria marcar pro dia de saúde da mulher pra médica examinar minha mama” (E, agente de saúde).

(...) Eu ainda acho muito dirigido pro exame ginecológico. Ainda não tá incorporado na nossa prática “entrou na sala, é

mulher, vamos examinar a mama”, quando a gente incorporar isso talvez melhore mais (L, médica).

Portanto, na rotina diária das ações dos profissionais entrevistados ainda não ocorreu à incorporação dessa questão, estando suas práticas geralmente concentradas em determinadas épocas do ano, como o Dia Internacional da Mulher, em março, ou na Semana de Incentivo à Saúde Mamária, em outubro, onde são realizadas diversas atividades incentivando e esclarecendo a população sobre a importância da atenção precoce da neoplasia mamária. Nesses momentos específicos todo o atendimento da unidade está voltado à saúde da mulher: (...) *a gente faz uma busca ativa, convoca melhor as mulheres e elas já ficam nesse cuidado, se preocupa e quando há qualquer suspeita é solicitado logo os exames e encaminhada pra especialista* (B, auxiliar de enfermagem).

No decorrer desta pesquisa tive a oportunidade de participar, no dia 8 de março de 2006, das ações empreendidas pelos profissionais da UMFC no dia Internacional da Mulher. Como relatado por estes, anteriormente, toda a unidade mobilizou suas práticas à saúde da mulher realizando atividades, tais como: planejamento familiar, preventivo ginecológico, preventivo mamário (presença de mastologista), pré-natal, realização de exames de sangue, informações sobre DST/Aids, dentre outras.

Foram disponibilizadas duas salas para o atendimento das mulheres, uma com um mastologista e outra com uma enfermeira do SESC. Entretanto, a demanda de atendimento foi superior ao programado e muitas usuárias da UMFC acabaram desistindo de esperar. Outras, nem compareceram à unidade em virtude de uma programação paralela do SESI/SESC em uma escola do bairro onde estavam sendo realizadas atividades tais como: consecução de documentos (RG, CPF, Título de

Eleitor), consultas jurídicas, oficinas de beleza, shows e distribuição de alimentos. Assim, além da descontinuidade de ações voltadas à atenção precoce do câncer de mama, estas ainda foram perpassadas por outras determinantes que ultrapassaram a mobilização dos profissionais dessa unidade para a sua efetivação.

Dentro dessa mesma perspectiva, apreendeu-se também que a realização das ações estava condicionada à existência de queixas antecedentes ou estão sempre atreladas à realização do preventivo ginecológico:

“(...) quando vem para consulta normalmente são queixas outras, que você, pelo pouco espaço de tempo, você vai atrás da queixa (...) e a mama realmente tá sendo esquecida um pouco nas consultas de rotina, você só investiga quando tem queixa relacionada com a mama” (L, médica).

A gente examina as mamas das mulheres que vem fazer a citologia. E as outras mulheres? A gente tem uma semana da prevenção de câncer, aí nessa semana a gente trabalha examinando as mamas das mulheres, fazendo o preventivo. Mas assim, uma coisa que tenha continuidade... A única clientela que a gente faz isso é a que vem e procura para fazer a citologia aí a gente aproveita e faz as duas coisas (G, enfermeira).

Contudo, se as mulheres não o fazem, conseqüentemente também não farão o exame clínico da mama: *“(...) aquelas mulheres que não vem fazer o preventivo de rotina elas passam mais de um ano sem serem examinadas, mas de ano sem examinar a mama” (L, médica).*

Assim, quando os profissionais direcionam suas práticas apenas a presença de queixas anteriores, acabam perdendo a oportunidade de descobrir alguma alteração mamária precocemente, o que faria uma grande diferença no percurso das mulheres. Esse quadro acaba refletindo um pouco sobre como os profissionais inseridos no nível de atenção primária acabam não direcionando suas práticas ao trabalho de promoção da saúde.

Evidenciou-se também, complementando as discussões referenciadas anteriormente, que as práticas dos profissionais podem estar também condicionadas à equipe ao qual estão inseridos:

“(...) eu não posso dizer dos funcionários como um todo, eu posso ver a minha equipe. No ato do preventivo ela [Enfermeira] faz o exame de mama, quando ela sente alguma coisa ela já encaminha” (B, auxiliar de enfermagem).

Algumas dessas equipes já priorizam essa temática em suas ações de rotina inclusive disponibilizando um dia específico em que estas se dedicam somente à saúde da mulher. Contudo, existem outras em que a atenção precoce do câncer de mama ainda não faz parte das discussões e das ações:

Por exemplo, o médico da minha equipe tem uma preocupação muito grande em saber se a mulher fez o preventivo, ele sempre diz “você já fez o preventivo?” e solicitar, mas nunca se liga de saber “você já fez a prevenção da mama?”, essa articulação com a mama (J, enfermeira).

Ressalta-se então que práticas de saúdes dos profissionais são perpassadas por determinantes institucionais, ideológicas e sociais. Traverso-Yépez (2005) corrobora essa situação ao afirmar que em qualquer processo institucional, os problemas e dificuldades vivenciados pelas pessoas envolvidas no cotidiano das suas práticas sociais (sejam como gestores, profissionais, técnicos ou usuários do serviço) ficam difíceis de serem resolvidos de forma restrita ao campo imediato de ação.

5.2 Da fácil dificuldade: mais empecilhos nas práticas cotidianas

No decorrer das entrevistas percebeu-se que além de todos os empecilhos concretos em relação à atenção precoce do câncer de mama, os profissionais do PSF ainda se deparavam com dificuldade e limitações do sistema público de saúde como um todo, o que poderiam também estar influenciando suas práticas em relação à temática desta investigação.

5.2.1 O cotidiano institucional influenciado pela infra-estrutura precária dos serviços

A maioria dos participantes teceu comentários acerca das limitações estruturais e da precariedade dos serviços oncológicos no SUS. Apontaram os entraves relacionados aos espaços físicos reduzidos, que dificultando a realização das reuniões entre eles ou com as pessoas da comunidade, além dos equipamentos e mobiliários:

(...) De equipamento melhor, quando vem, vem um pra não sei quantas pessoas atendidas utilizar. Essa unidade tem 6 anos que tem equipe do PSF e todo mundo diz aqui que o que a gente tem de equipamento, de mobiliário, vamos dizer, birô, mesa de ginecologia, tudinho, é ainda sucata antiga que vem recauchutadas. Aí o que tá ruim corta aqui um pedaço, aí o birô cada dia ficando birô de anão, tem armário aqui que nem tem vidro e não tem mais nem perna. Então como é que você pode trabalhar e se sentir bem num serviço desses? (H enfermeira).

Assinalaram ainda outros empecilhos como a falta de luvas, seringas, curativos, medicamentos, vacinas, formulários, enfim, materiais que acabam impossibilitado-os de desenvolver as ações de forma adequada. Por outro lado, os profissionais geralmente ficam aguardando que tudo seja resolvido pelas esferas superiores não encontrando saídas alternativas e criativas para a situação vivenciada.

Como as respostas dos gestores, na maioria das vezes nunca chegam, os ambientes de trabalho acabam não tendo o devido cuidado e se transformando em espaços desestimulantes para a realização de suas atividades: *“Acho que melhorar só se a gente investir o que a gente ganha dentro do serviço, porque se a gente esperar da Secretaria alguma coisa [suspiro]”* (H enfermeira).

Além de todos os aspectos relacionados acima somam-se à estes as dificuldades socioeconômicas da própria comunidade e da população atendida:

(...) A gente faz o que pode fazer, a gente não pode mudar a vida deles de tudo, a gente faz o que é nosso aqui, a saúde, mas a gente sabe que tá trabalhando, que a gente trata, mas que daqui a um 1 ou 2 meses volta tudo de novo porque o ambiente em que ele mora não é favorável, não é saudável. Então às vezes assim a gente se sente meio perdido, porque você vê que você faz, faz e não tem resposta. Às vezes eu digo que trabalhar em saúde pública é chover num lugar e não germinar nada é igual ao deserto do Saara que não germina nada, mas a gente tá plantando uma plantinha, uma sementinha lá e ver se ela germina (H, enfermeira).

Complementando essa fala ressalta-se que um dos participantes da pesquisa discutiu o conceito de saúde, indagando a respeito *“(...) da situação social em que a pessoa tá inserida, das condições de saúde psicológica, não apenas de saúde física, mas da questão de lazer, direitos humanos, condições de cidadania”* (F, agente de saúde). Essa fala nos chama atenção para ampliarmos nosso olhar à compreensão do processo de saúde e doença, levando-se em consideração a complexidade de questões envolvidas na sua compreensão.

5.2.2 O excesso de outras demandas

Destacou-se também nas entrevistas, a demanda de atividades atribuídas aos profissionais, como o grande número de famílias cobertas por cada equipe, as múltiplas

queixas relacionadas à vários tipos de doenças, a diversidade de ações desempenhadas, perpassadas sempre pela insuficiência do tempo:

[suspiro] *Essa demanda é uma coisa absurda. A gente tem um número muito grande de famílias para dar conta, aí a gente tem que correr atrás de todas as gestantes para que façam o pré-natal, todas as crianças para fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, tem os preventivos, que são os exames citológicos que aí a gente tem que cobrir a área, a gente tem um percentual programado pela Secretaria por área... Aí tem os pacientes de tuberculose que dão trabalho, tem paciente de hanseníase, tem os acamados, os pacientes de úlceras que também precisam de atenção, então assim é muita coisa... É um absurdo de coisa. Fora às atividades burocráticas que o enfermeiro tem, de supervisão, de fazer mapa, tem a estatística que fica o enfermeiro. Então é essa a nossa realidade!*[exclamação e ênfase] (G, enfermeira).

Assim, percebeu-se no comentário supracitado que a pressão de uma assistência voltada à busca contínua pela produtividade e pelos números que produzem impactos acaba deslocando o foco do trabalho em saúde das ações de promoção e de prevenção. A qualidade da atenção vai sendo negligenciada e as intervenções em saúde tendem a serem centradas nos procedimentos técnicos, nos exames e nos medicamentos, desconsiderando, portanto, a complexidade inerente aos processos de saúde e doença.

5.2.3 Como as ações de prevenção e promoção da saúde são deixadas de lado

Emergiram, no decorrer das entrevistas, segmentos de falas que apontaram como o foco das ações de saúde dos profissionais ainda continuava direcionado às práticas curativas em detrimento de uma atuação mais voltada à promoção da saúde, apesar das preconizações do PSF:

(...) E a gente sempre naquela situação de medicina curativa e quando a gente fala justamente na questão de prevenção, porque a proposta do PSF é a prevenção, mas todo esse contexto, no caso, nos leva a grandes [ênfase] dificuldades pra gente fazer as coisas aqui, pra gente poder educar o pessoal (F, agente de saúde).

Em relação ao câncer de mama afirma-se que quanto menor o estágio tumoral menores serão os investimentos em intervenções terapêuticas específicas e que essa relação se inverte ao considerarmos o custo que se tem para tratar um caso de neoplasia maligna avançada: “(...) talvez a prevenção seja muito caro, entre aspas, por que ele vai gastar muito mais depois quando ela tiver o diagnóstico e tiver que passar por todos aqueles tratamentos agressivos” (G, enfermeira).

Apesar dessa ressalva, os profissionais asseveraram que ao confirmarem o diagnóstico do câncer de mama as usuárias têm assegurado, na maioria das vezes, o acesso os tratamentos especializados como as intervenções cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia:

O que eu vejo assim... A relação que os pacientes mesmo falam... É que quando o caso é câncer mesmo, quando já é um câncer mesmo assim, os olhos vistos, todo o cuidado e amparo é feito pela Liga. Agora quando é a parte preventiva, que possivelmente venha a ser [ênfase] a coisa anda em passos lentos. Isso é visto e notório (B, auxiliar de enfermagem).

Observou-se, no entanto, que o grande entrave está no –longo e dolorido – percurso entre a detecção e o diagnóstico do câncer de mama e a realização das complexas intervenções terapêuticas “garantidas” pelo SUS e a consequência de todos esses entraves é diagnóstico tardio deste.

5.2.4 A sensação de descaso por parte dos gestores

Um outro aspecto relatado foi à forma como os profissionais se sentem em relação ao pouco apoio e atenção por parte dos gestores não apenas em relação à temática em questão, mas à saúde pública como um todo. Isso faz com que muitas vezes o trabalho não tenha sentido para estes, que se sentem “apenas empurrando com a barriga” diante da falta de incentivo:

(...) às vezes eu me sinto assim, a gente tá fazendo, tá fazendo, tá fazendo, por exemplo, no preventivo, a gente colhe lâminas e as mulheres não conseguem dinheiro para comprar as pomadas e vem de novo com a mesma doença. Aí é isso que a gente sente esse descaso, eu vejo um descaso da política sabe, em relação a gente, a saúde pública (G, enfermeira).

Enfatizaram também a falta de recursos como uma constante no cotidiano da UMFC interferindo nas ações e nos serviços prestados às mulheres que procuram o serviço. Segundo os entrevistados, essa situação acaba impossibilitando a realização de ações educativas de saúde mais criativas que poderiam despertar uma maior atenção das pessoas possibilitando um maior envolvimento destas:

(...) se a gente vai fazer uma campanha de esclarecimento, uma ação mais efetiva, pra poder disseminar melhor a mensagem e não ficar especificamente só na questão ação de rotina, muitas vezes a gente não tem uma resposta das esferas superiores... A gente não tem condições pra fazer isso (F, agente de saúde).

O diferencial de toda essa situação estaria então no capital humano, nos profissionais, que apesar dos entraves supracitados ainda conseguem encontrar alternativas de atenção às necessidades e solicitações da comunidade, pelo menos em algumas áreas, o que pode ser visto na fala abaixo:

a unidade de saúde que tem se diferenciado nas coberturas que tem feito justamente por essa questão da presença do capital humano, mas a gente sabe, e até se entristece porque às vezes tá fazendo tudo aquilo dali, mas poderia tá conseguindo um resultado melhor e não tá podendo por causa dessas barreiras que a gente não consegue transpor porque não depende só da gente(F, agente de saúde).

Assim, apesar de toda a situação acima discutida observou-se a existência de profissionais que enfrentam as dificuldades e tomam iniciativas, quer sejam em conjunto, nas equipes, ou individualmente procurando responder às necessidades das usuárias que solicitam o serviço.

5.2. Caminhos e descaminhos da atenção precoce do câncer de mama: as conseqüências das “idas e vindas”

Foram agrupados neste núcleo temático os segmentos de fala que buscam caracterizar, a partir das vivências dos profissionais, as experiências das mulheres acometidas pela neoplasia mamária. Destaca-se que dos 11 profissionais entrevistados apenas um discorreu sobre um caso que havia acompanhado e que acabou tendo um desfecho mais feliz em virtude da descoberta desta neoplasia em estádios iniciais. A grande maioria dos relatos versou sobre experiências de diagnóstico tardio, muitas delas perpassadas pelas dificuldades de acesso aos serviços voltados ao câncer de mama.

5.2.1 Os descaminhos que levam ao diagnóstico tardio

Observa-se que após ser constatada de alguma alteração mama pelas mulheres da comunidade de Felipe Camarão, o primeiro passo é a visita à unidade básica de saúde, onde será solicitado, tanto o encaminhamento ao médico especialista, quanto os exames específicos visto que os médicos que trabalham nas unidades são generalistas, como também os pedido de exames específicos que auxiliam na confirmação do diagnóstico precoce desta neoplasia.

No entanto, todo esse processo é marcado pela lentidão e morosidade do serviço e como conseqüência observou-se que a maioria dos casos acompanhados pelos profissionais era de mulheres que apresentaram neoplasias malignas em estádios avançados em decorrência, especialmente do diagnóstico tardio. A seguir, eles relatam alguns dos casos com os quais tiveram uma experiência direta:

Falta de informação

A agente de saúde C relatou o caso de uma garota que aos 22 anos descobriu uma neoplasia maligna e foi submetida a uma mastectomia radical. Ressalta-se como a falta de informação implicou na confirmação do diagnóstico em estágios avançados com intervenções agressivas.

“(...) disse que um carocinho no seio, ela acha que foi por que colocou um band aid. Isso nunca foi pesquisado pra saber se era verdade. Ela disse que daquele band aid teve uma infecção” (C, Agente de saúde).

Dificuldade de acessos aos exames

A médica A discorreu sobre a experiência de uma mulher que em decorrência das dificuldades de acesso aos exames especializados acabou detectando tardiamente o câncer. Depois de um ano ela retornou sem os resultados de uma mamografia que havia sido solicitada logo após a descoberta de uma anormalidade na mama. Contudo, talvez por ter enfrentado todos os obstáculos supracitados esta na foi realizada e com ela conseguiu ser atendida já estava numa situação avançada.

“Fazia um ano que eu tinha solicitado o exame e detectado um nódulo na mama dela. Aí eu fui examinar e já tava já com retração, já tinha linfonodo na axila, já bem avançado”
(A, médica).

Morosidade dos serviços

A enfermeira J contou que acompanhou vários casos de usuárias da UMFC que tiveram câncer de mama. Em todos, a confirmação do diagnóstico sempre foi tardia com diversas implicações na vida das mulheres. Dentre esses, ela ressaltou a experiência de D. L, que desde 2004 buscava atenção à sua doença. Só depois de um ano da constatação de uma alteração na mama ela conseguiu fazer uma mamografia e só no final de 2005 ela conseguiu fazer as intervenções prescritas.

“Uma mulher de 47 anos e que a gente viu desde o inicio esse nódulo... Quando eu examinei a mama dela eu palpei um nódulo e pedi a mamografia. Quando ela conseguiu fazer essa mamografia foi em janeiro [2005]... Em janeiro deu nódulo na mamografia aí ela foi logo encaminhada pro Luís Antônio, fizeram a biópsia, e deu câncer”
(J, enfermeira).

Qualidade dos serviços

A enfermeira G destacou o acompanhamento de uma paciente, auxiliar da sala de vacina da UMFC, cujo percurso foi marcado pela falta de qualidade dos serviços prestados. A usuária relatava sempre uma dor embaixo da axila, diagnosticada como normal. Quando foi examinada por outro médico, foi confirmado enfim a neoplasia maligna. Ela teve que fazer uma mastectomia e toda a dor sentida era a irradiação do tumor mamário. O custo do diagnóstico implicou diretamente na conformação dessa situação.



“ (...) ela passou muito tempo com uma dor na axila e procurava um médico pelo SUS lá na Zona Norte, fazia mamografia e dizia que aquilo era normal e ela passou um ano dizendo que isso era normal. (...) E foi pra outro médico, que examinou aí disse ‘não, a mamografia deu normal, não deu nada assim, mas vamos fazer uma biópsia’. Quando fez a biópsia era maligno” (G, enfermeira).



Todos esses empecilhos confluem para a descoberta do câncer de mama tardiamente implicando em prognósticos ruins, intervenções terapêuticas mais agressivas, maiores impactos psicossociais e menor sobrevivência das mulheres acometidas por esta neoplasia



“(...) Eu soube que foi uma questão de diagnóstico tardio, que a partir desse diagnóstico tardio é que se procurou fazer uma intervenção sobre isso e resultou nessa situação, que é meio que uma situação já esperada né, que quando se tem um diagnóstico tardio as chances elas se reduzem bastante. E além dessa questão de diagnóstico tardio quando você tem um indicativo de metástase, aí pronto”
(F, Agente de saúde)

“A experiência que a gente tem não é muito boa. O primeiro caso da minha área que aconteceu foi diagnosticado câncer de mama em maio e a paciente faleceu um ano depois. Já tava avançado, não foi possível o diagnóstico precoce, o diagnóstico já foi feito numa fase tardia, era um tipo de câncer muito invasivo”
(L, médica)

5.2.2 Os caminhos que levam ao diagnóstico precoce

Apesar da hegemonia da descoberta do câncer de mama em estádios mais avançados encontramos também um caso em que a situação foi diferente:

O outro caso que eu tive mais recentemente que foi aqui, no início do ano, foi uma situação digamos, com um desfecho mais feliz, porque a gente teve condições de fazer o diagnóstico precoce a partir do aconselhamento do exame da mama, no caso, o exame manual que a própria paciente realizou. A partir do momento em que ela percebeu o nódulo ela veio aqui para Dr. M., ela entrou em contato comigo e a gente conseguiu marcar uma consulta e depois que foi diagnosticado, a partir de outros exames que foram recomendados pela doutora (...) ela se recuperou e agora ela tá vivendo a vida dela, tá trabalhando, cuidando da casa, cuidando da criança dela (F, agente de saúde).

Com a descoberta precoce e que apesar de alguns empecilhos enfrentados a usuária conseguiu realizar todas as intervenções necessárias e hoje em retomou a sua vida, cuidando do filho, da casa e trabalho.

5.3 Facilitando processos de ressignificação: possibilidades de transformação

Foram agrupados neste núcleo temático os segmentos de falas onde os profissionais lançam um olhar sobre as suas práticas, suas dificuldades pessoais, todas as angústias, frustrações e inexistência de um espaço de reflexão sobre as ações e os serviços que estão sendo prestados.

5.4.1 A dupla interrogação: o que deveria e o que poderia ser feito

5.3.1 O que deveria...

No decorrer do processo de pesquisa os profissionais puderam pensar no que deveria e poderia ser feito em relação à atenção precoce do câncer de mama no contexto da saúde pública, ao qual estão inseridos. A maioria das falas foi direcionada à questão de serem asseguradas às referências, à garantia do acesso aos exames específicos, sem tanta demora e morosidade, como foi apontado nesses relatos:

Eu gostaria que a gente tivesse um fluxo certo né, que as mulheres tivessem acesso aos serviços, que não fosse tão difícil como é né, que lá tivesse os exames que elas precisariam ter. Se precisasse de uma ultra-sonografia da mama que ela tivesse acesso, se precisasse de uma mamografia que tivesse e que todos os médicos mandassem uma contra-referência para gente dizendo quando ela precisaria retornar para que a gente pudesse lembrar isso para ela, cobrar dela depois (G, enfermeira).

Como também, a realização de campanhas e ações educativas ressaltando a importância da realização do auto-exame, do cuidado sistemático com o preventivo mamário como afirma essa profissional:

Eu acho que a gente tinha que intensificar mesmo essa busca ativa, pegar todas as mulheres a partir de 14 anos e já começar

a fazer o exame de mama, difundir isso, trazer para cá, fazer campanhas. Eu acho que essa é a maneira da gente conseguir detectar mais casos e de maneira mais precoce possível. Seria intensificar essa busca ativa, com campanhas, alguma coisa assim de impacto, que provocasse impacto [ênfase] (L, médica).

Os maiores empecilhos encontram-se nesse grupo de questões, visto que muitos deles independem da ação dos profissionais inseridos no nível primário de atenção à saúde. No entanto, várias ações poderiam estar sendo configuradas, como rodas de conversas voltadas à temática da atenção precoce do câncer de mama, a realização da anamnese clínica e do ECM nas atividades de rotina, procurando serem desenvolvidas a partir da demanda da população.

5.3.2 O que poderia...

As entrevistas também se configuraram como um espaço de reflexão, possibilitando aos profissionais, tanto um repensar de suas práticas, quanto à possibilidade também de possíveis transformações destas, emergindo propostas de reformulação nos atendimentos em prol de um maior direcionamento a atenção precoce do câncer de mama. O que pode ser refletido em ações mais amplas de promoção da saúde:

Enquanto profissional é quando a gente faz uma entrevista assim aí a gente começa a perceber como a gente poderia fazer mais coisas né, dessa parte de prevenção, que poderia formar grupos de mulheres e atuar mais. Então a gente tem um papel importante nisso, nessa parte da prevenção, de fazer, até você falando agora eu fiquei aqui pensando “eu posso reunir meus agentes, posso falar sobre câncer de mama, de fazer assim uma visita mais direcionada, posso formar grupos de mulheres e falar só sobre câncer de mama”. Tudo isso eu posso fazer e também estimular os outros profissionais nas suas consultas perguntar se elas já fizeram o exame da mama, tudo isso pode ser feito. (G, enfermeira)

Como também na realização de uma busca mais ativa, implicando no aumento do número de mulheres sensibilizadas acerca dessa temática:

De agora em diante eu vou... Depois dessa entrevista eu vou pensar mais e vou perguntar, além de, assim vou procurar me informar assim da pessoa se fez o preventivo e a mama também porque às vezes a gente falta alguma coisa assim, não é incentivo não... Que a gente agora começa a avaliar melhor e perguntar "ih já fez o exame? Você já sabe como é que se faz o exame?", aí já sabe, aí vai e avisa pra eles... Quem sabe agora vai porque com essa busca talvez vai aparecer mais pessoas com problema do sei (C, agente de saúde).

E também na reformulação da própria dinâmica e rotina de atendimento do profissional e da equipe a fim de priorizar em suas ações a atenção precoce do câncer de mama

O que é que eu poderia fazer né... Porque eu já, eu faço atendimento ambulatorial durante a semana toda, segunda, quarta e sexta é ficha de um modo geral, na terça-feira é dedicado as crianças e na quinta-feira é dedicado as mulheres (...)Então eu poderia realmente até me dedicar um dia a saúde da mulher, mas desde que tirasse o CD de mim (...) Eu poderia realmente me dedicar nesse expediente só à saúde da mulher, independente do pré-natal realizado na quinta (I, médico).

Portanto, observou-se o quão difícil é o trabalho em saúde diante de tantas iniquidades. Reafirma-se que o cotidiano tanto das usuárias quanto dos profissionais é entrecortado diretamente e diariamente por uma série de dificuldades imersas no sistema público de saúde. Contudo, mesmo se deparando com todo esse panorama acredita-se que os profissionais de saúde do PSF ainda podem atuar de formas diferentes e criativas a fim de minimizar toda essas desigualdades, possibilitando novos olhares e caminhos na atenção do câncer de mama.

Considerações finais

O câncer de mama é considerado um grave problema de saúde pública mundial em decorrência do aumento da sua incidência, da sua mortalidade além das grandes somas dispensadas para equacionar as intervenções terapêuticas que as mulheres acometidas por esta neoplasia precisam ser submetidas. É a doença da incerteza, do medo da morte, da recidiva, da mutilação, da dor, da rejeição, do preconceito, do isolamento.

A confirmação do diagnóstico da neoplasia mamária é uma situação de intensa mobilização existencial para as mulheres com profundas implicações sociais, psicológicas, corporais (alterações no esquema e imagem corporal), sexuais, dentre tantas outras, que acabam provocando mudanças, algumas vezes irreversíveis, em suas vidas. Estes poderiam ser evitados ou minimizados com o direcionamento das ações dos profissionais de saúde à sua atenção precoce, sobretudo, à sua descoberta em estádios iniciais.

Contudo, no contexto do SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil, tanto a detecção quanto a confirmação do diagnóstico dos casos do carcinoma mamário acontecem tardiamente, em decorrência dos diversos empecilhos que acabam dificultando o acesso, bem como a realização das estratégias direcionadas à atenção precoce, o que foi confirmado no decorrer desta investigação.

Procurou-se, nesta pesquisa, mapear as relações e a dinâmica institucional que estavam perpassando as práticas e os discursos dos profissionais de saúde em relação à atenção precoce do câncer de mama. Destaca-se a importância da atuação dos profissionais de saúde inseridos no contexto da atenção primária da saúde em relação à

detecção precoce do câncer de mama, ou seja, o primeiro e o principal momento para a sua descoberta em um estágio inicial.

Partiu-se da premissa que essas práticas não acontecem em um vazio, mas são construídas socialmente, institucionalmente e relacionalmente, conformadas por processos interacionais em uma dinâmica dialógica do encontro com o outro e com o mundo a nossa volta. Portanto, a partir das análises e discussões das informações alcançadas no decorrer de todo estudo poder-se-ia apontar algumas considerações e contribuição deste trabalho instaurando um espaço de reflexão acerca dessa trajetória e possibilitando a emergência de novos olhares e novas indagações a serem respondidas.

Como já evidenciado anteriormente, a atenção precoce do câncer de mama representa um grande desafio à saúde pública. No Brasil, apesar da existência de políticas públicas voltadas à sua detecção e diagnóstico em estádios iniciais aliados a tratamentos adequados, observou-se no cotidiano institucional de uma unidade básica de saúde um profundo hiato entre as preconizações desses documentos e as práticas de rotina dos profissionais.

A retórica da grande maioria dos discursos em relação a essa temática ressaltam a suposta facilidade de efetivação das ações dos profissionais em relação à atenção precoce da neoplasia mamária desconsiderando toda a rede de interdependência sócio-estruturais que estão conformando e perpassando suas práticas, seus posicionamentos e processos de significação.

Observa-se que muitos dos empecilhos elencados na fundamentação teórica foram enfatizados pelos participantes da pesquisa em suas práticas cotidianas tais como: a pouca familiaridade com os pressupostos dos documentos oficiais; a insuficiência de treinamentos e capacitação; a problemática das referências; o estímulo das campanhas sem garantir a retaguarda dos serviços e a própria estruturação do serviço.

Destaca-se, em relação aos treinamentos e capacitações que estes, quando acontecem muitas vezes não levam em consideração as necessidades dos profissionais e do próprio cotidiano institucional. São impostos verticalmente, em formas de palestras e seminários, em uma linguagem técnica e sem a preocupação de possibilitar um espaço de reflexão que viabilizasse um repensar de suas práticas, favorecendo uma possível mudança em suas ações e discursos. Como também, cientes do contexto de saúde e das reais demandas da população, pudessem melhorar a qualidade dos serviços prestados às usuárias da UMFC.

No decorrer das entrevistas percebeu-se também, que além de todos os empecilhos concretos referidos em relação à atenção precoce do câncer de mama, os profissionais do PSF ainda se deparavam com dificuldade e limitações do sistema público de saúde como um todo, que poderiam também estar influenciando suas práticas em relação à temática desta investigação. Reafirma-se, então, a importância de realizar essa contextualização a fim de compreendermos como esta poderia estar condicionando as práticas, os posicionamentos e os processos de significação das pessoas.

Essa perspectiva de compreensão dos fenômenos sociais possibilitou a apreensão de que as ações dos profissionais não podem ser alcançadas simplesmente descrevendo as atividades destes, como se estas fossem conseqüências apenas de suas preferências individuais ou modos peculiares de atender os pacientes. Muitas vezes as pessoas acabam “avaliando” e atribuindo toda a problemática e ineficácia do SUS aos profissionais, quase como uma responsabilização individual, sem considerar todas as relações institucionais que as estão perpassando.

Deste modo, evidencia-se que tanto o sistema de saúde as práticas dos profissionais de saúde do PSF da UMFC ainda se encontram entrecortadas pelo modelo biomédico. Observa-se a realização de um trabalho que continua, muitas vezes, não

priorizando as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Pelo contrário, o trabalho em saúde acaba se direcionando ao consumo de consultas médicas, de procedimentos técnicos, exames e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e compartimentalizada (Campos, 1997; Ribeiro, Pires & Blank, 2004; Brasil, 2005).

Traverso-Yépez (2005) corrobora essa idéia ao afirmar que a maioria dos profissionais quer seja em decorrência das limitações de tempo, de espaço, da falta de formação, disposição ou simplesmente pela ditadura da rotina, buscam apenas a confirmação do diagnóstico e do tratamento a ser realizado, desconsiderando o caráter multifacetado dos processos de saúde-doença.

Em relação ao câncer de mama, de acordo com a literatura revisada, observa-se ainda uma maior ênfase nas áreas de alto custo do nível terciário, nos tratamentos especializados (intervenções cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia), nas medidas empregadas à cura, o que é confirmado pelo alto percentual de diagnósticos de tumores avançados (Kligerman, 1998).

Esse panorama é refletido claramente nas experiências dos profissionais de saúde da UMFC que acompanharam vários casos de mulheres que vivenciaram o adoecimento pelo câncer de mama. Dos 11 entrevistados, apenas 1 discorreu sobre um caso que acabou tendo um desfecho mais feliz em virtude da descoberta desta neoplasia em estádios iniciais. A grande maioria dos relatos versou sobre experiências de diagnóstico tardio, muitas delas perpassadas pelas dificuldades de acesso aos serviços voltados ao câncer de mama.

No cotidiano da UMFC percebeu-se que são realizadas ações voltadas à atenção precoce pelos profissionais da UMFC, no entanto, além destas não são sistemáticas ainda são entrecortadas por diversos obstáculos que acabam se refletindo

nos serviços que são prestados pelos membros das equipes do PSF da UMFC. Destaca-se também que essas ações geralmente se direcionam às mulheres que apresentam alguma queixa ou que estão incluídas em uma “zona de risco”, não existindo ainda no Brasil um programa oficial de rastreamento do câncer de mama para mulheres assintomáticas.

No entanto, acredita-se que apesar de todos os empecilhos descritos no processo de pesquisa outras ações poderiam ser realizadas no contexto do nível primário de saúde a fim de esclarecer a população acerca da atenção em relação à neoplasia mamária, como rodas de conversa acerca do câncer de mama, oficinas de auto-exame, esclarecimentos de dúvidas, sempre procurando contextualizar e direcionar a atuação para as necessidades das mulheres da comunidade de Felipe Camarão e de tantos outros bairros de baixa renda com situações similares.

Reafirma-se então a importância das ações dos profissionais inseridos no nível de atenção primária à saúde. Esse primeiro encontro nas unidades básicas poderia transformar todo o percurso e a vivência das mulheres que detectam alguma alteração na mama ou possibilitar a sua descoberta àquelas que ainda não o identificaram. Apesar disso, na UMFC ainda não são efetivados as preconizações dos protocolos de atendimento à neoplasia mamária, como por exemplo, a não realização da anamnese clínica, do ECM, além de não existência de um encaminhamento padronizado à todos os profissionais que se deparam com uma usuária que apresente alguma alteração mamária.

Uma das possíveis contribuições desse estudo seria a recomendação da incorporação da anamnese clínica nas consultas de rotinas, possibilitando aos profissionais o conhecimento de informações acerca dos antecedentes pessoais e familiares que serão úteis para garantir a busca ativa da mulher, caso haja necessidade. Bem como, a adaptação do primeiro capítulo, relacionado às questões mais gerais

acerca do câncer de mama, como um guia de orientação para os profissionais, reconfigurando a linguagem técnica, contextualizando-a de acordo com as demandas destes.

Nessa perspectiva evidencia-se a importância da exaustiva revisão teórica e investimento nesse conhecimento desenvolvido em relação ao câncer de mama. Destaca-se a importância da apropriação dessas informações sobre a doença a fim de viabilizar um diálogo interdisciplinar com os outros profissionais envolvidos na sua atenção. Muitas vezes acabamos encerrados apenas nos conhecimentos da nossa área específica, tornando-se imprescindível o diálogo com outras disciplinas, tais como biologia, medicina, fisioterapia, enfermagem, nutrição, serviço social possibilitando um olhar diferencial e integral sobre o fenômeno social em questão.

Destaca-se ainda, sob a égide da Psicologia Social crítica que embasou todo o percurso da pesquisa, que tenhamos contribuído para a discussão e reflexão crítica acerca das práticas de intervenção em saúde considerando que estas estão permeadas pelo contexto histórico, pelas suas relações sociais, culturais, crenças, idéias, valores, desejos.

Espera-se, então, a partir dos questionamentos e das discussões surgidas nesse trabalho tenhamos conseguido gerar espaços de reflexão entre os profissionais do PSF, possibilitando que estes, cientes dessa situação, (re)pensem suas práticas e encontrem alternativas possíveis para tentar retificar tamanha distorção, propiciando a melhoria da qualidade dos serviços prestados às usuárias da UMFC e do sistema público de saúde como um todo. Ressalta-se, ainda, que o conhecimento produzido não está acabado, mas aberto para ser reescrito, não se constituindo como uma verdade única e absoluta, mas um olhar, dentre tantos outros possíveis que possibilitará a construção de novos saberes.

Referências Bibliográficas

Abreu, E. & Koifman, S. (2002). Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1), 113-131.

Abreu, R. (2005). Novo exame ajuda a detectar câncer de mama. Acessado em 25 de janeiro de 2006 do World Wide Web: <http://www.portaldacidadania.com.br/brasilagora.html>

Alcaraz, M., Lluch, A., Miranda, J., Pereiro, I. & Salas, M. D. (2002). Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia. *Gac Sanitaria*, 16(3), 230-235. Acessado em 13 de janeiro de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>

Araújo, S.D.T. (2000). Mortalidade por câncer de mama de mulheres com idade igual e superior a 50 anos. Estado de São Paulo, 1979-1997. [Dissertação de Mestrado], Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Acessado em 25 de maio de 2006 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>

Barros, A. C. S. D. (1998). Carcinogênese mamária. In D. L. Basegio (Org), *Câncer de mama: abordagem multidisciplinar* (pp. 76-79). Rio de Janeiro: Revinter.

Bergamasco, R. B., & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 277-282.

Bergmann, A. (2000). Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado], Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Acessado em 20 de julho de 2005 do World Wide Web: <http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt>

Borghesan, D. E. P., Baraúna, M., Pelloso, S. M., & Carvalho, M. D. B. (2003). Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 25(1), 103-113. Acessado em 12 de janeiro de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Falando sobre câncer de mama*. Rio de Janeiro: INCA. Acessado em 22 de abril de 2006 do World Wide Web: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf

Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Unidade de aprendizagem - Trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Brenelli, H. B., & Kepkke, E. M. (1998). Reconstrução mamária. In D. L. Basegio (Org), *Câncer de mama: abordagem multidisciplinar* (pp. 210-221). Rio de Janeiro: Revinter.

Brito, C. (2004). Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado], Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Acessado em 25 de março de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>

Budel, V. M., & Francisco, J. F. (1998). Biologia Tumoral. In D. L. Basegio (Org), *Câncer de mama: abordagem multidisciplinar* (pp. 100-104). Rio de Janeiro: Revinter.

Campbell, M. & Gregor, F. (2002). Colleting data for na Institutional Ethnography. In M. Campbell & F. Gregor, *Mapping social relations. A primer in doing Institutional Ethnography* (pp 58-81). Ontário: Garamond Press.

Campos, G. W. S. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy E. E., Onocko R. T., *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 229-66). São Paulo: Hucitec.

Canella, E. O., Peixoto, J. E., Azevedo, A. C., & Giacometi, A. F. (2000). *Falando sobre mamografia*. Rio de Janeiro: INCA. Acessado em 25 de janeiro de 2006 do World Wide Web: <http://www.inca.gov.br>

Cavalcante, E., & Lima, V. (1995). *Felipe Camarão: construindo o seu lugar*. Natal: Editora da UFRN.

Cestari, M. E. W. (2005). A influência da cultura no comportamento de prevenção do câncer. [Dissertação de Mestrado], Universidade Estadual de Londrina/ Universidade do Norte do Paraná (UEL/UNOPAR).

Collucci, C. (2004). Toque não evita morte por câncer de mama. Acessado em 25 de janeiro de 2005 do World Wide Web: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3357.shtml>

Costa, S. (2003). Tratamento cirúrgico do câncer de mama: quando pensar em reconstrução? Acessado em 27 de janeiro de 2006 do World Wide Web: <http://www.sogirgs.com.br/boletiminformativo.html>

DeVault, M. L. & McCoy, L. (2002). Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations. In F.J.Gubrium and J.A.Holteins, Handbook of Interview Research (pp). Thousand Oaks: London Sage

Dias, E. N., Caleffi, M., & Silva, H. M. S. (1994). *Mastologia Atual*. Rio de Janeiro, Editora Revinter.

Fernandes, A. F. C., & Mamede, M. V (2003). *Câncer de mama: mulheres que sobreviveram*. Fortaleza: Editora UFC.

Franco, J. M. (1997). *Mastologia. Formação do Especialista*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu.

Le Goff, J. (1997). *As doenças têm histórias*. Lisboa: Terramar

Furtado, C. M. R. (2003). Câncer de mama; grandes avanços e desafios futuros. *Prática Hospitalar*, 28, Acessado em 27 de janeiro de 2006 do World Wide Web: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2028/paginas/indice%2028.html>

Godinho, E. R., & Koch, H. A. (2002). O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia: uma contribuição a "Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama". *Radiologia Brasileira*, 35(3), 139-145. Acessado em 25 de março de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>

Godinho, E. R., & Koch, H. A. (2004). Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. *Radiologia Brasileira*, 37(2), 91-99. Acessado em 25 de março de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>

Goldenberg, M. (1997). *A arte de pesquisar. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record.

Gomes, R., Skaba, M. M. F., & Vieira, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminino. *Cad. Saúde Pública*, 18(1), 197-204.

Gonçalves, S-M. M., & Dias, M. R. (1999). A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. *Estudos de Psicologia*, 4(1), 141-159.

González Rey, F. L. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Illich, I. (1995). *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde*. Nova Fronteira, São Paulo.

Instituto Nacional do Câncer – INCA (2006). Perguntas e respostas sobre a quimioterapia. Acessado em 20 de julho de 2005 do World Wide Web: http://www.inca.gov.br/cancer/PDF/perguntas_qt.pdf quimioterapia

Kemp, C., Petti, D. A., Ferraro, O., & Elias, S. (2002). Câncer de mama: prevenção secundária. Acessado em 20 de julho de 2005 do World Wide Web: http://www.sbmastologia.com.br/site/conheca/projeto_diretriz/projeto_diretriz.asp

Key, T., Verkasalo, P., & Banks, E. (2001). Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol*, 2, 133-140.

Kligerman, J. (1998). A assistência oncológica no SUS. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, 44(4), 235-239.

Kligerman, J. (2000). O desafio de se implantar a assistência oncológica no SUS. *Rev. Bras. de Cancerologia*, 46(3), 235-239.

Kligerman, J. (2002). Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. *Rev. Brasileira de Cancerologia*, 48(1), 3-7.

Koseki, N. M. (1997). Fatores associados à não-adesão ao tratamento de mulheres com câncer ginecológico ou mamário. [Dissertação de Mestrado], UNICAMP, São Paulo.

Laplantine, F. (1988). *Aprender Antropologia*. São Paulo: Brasiliense.

Leal, S. (2000). *Por uma vida inteira*. Rio de Janeiro: Record.

Malzyner, A., Caponero, R., & Donato, E. M. O. D. (2000). A metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer de mama de Halsted ao BRCA-1. In M. G. G. Gimenes & M. H. Favero, *A mulher e o câncer* (pp.71-107). São Paulo: Livro Pleno.

Marchi, A. A. (2004). Rastreamento do câncer mamário características de utilização da mamografia em serviços de saúde públicos e privados. [Dissertação de Mestrado], UNICAMP, São Paulo

Marinho. L. A. B., Costa-Gurgel, M. S., Cecatti, J. G., & Osis, M. J. D. (2003). Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. *Rev Saúde Pública*, 3(5), 576-582.

McCoy, L., & Mykhalovskiy, E. (2002). Introduction. In M. Bresalier, L. Gilles, C. McClure, L. McCoy, E. Mykhalovskiy, D. Taylor & M. Webber, *Making Care Visible: Antiretroviral Therapy and the Health Work of People Living with HIV/AIDS* (pp.11-21). Toronto: Quadrat Communications.

Mendonça, G. A. S., Silva, A. M & Caula, W. M. (2004). Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2(5), 1232-1239.

Menke, C. H., Biazús, J. V., Cavalheiro, J. A., & Rabin, E. G. (1998). Diagnóstico clínico do câncer de mama. In D. L. Basegio (Org), *Câncer de mama: abordagem multidisciplinar* (pp. 17 -24). Rio de Janeiro: Revinter.

Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso*. Rio de Janeiro: INCA. Acessado em 22 de abril de 2005 do World Wide Web: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Consensointegra.pdf>.documentodeconsensp

Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas 2006: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. Acessado em 20 de abril de 2005 do World Wide Web: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_versaofinal.pdf estimativa 2006

Modeste, N. N., Caleb-Drayton, V. L. & Montgomery, S. (1999). Barriers to early detection of breast cancer among women in a Caribbean population. *Rev. Panam. Salud Publica, 5* (3), 152-156.

Molina, L., Dalben, I., & De Luca, L. A. (2003). Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Rev Assoc Med Bras, 49*(2), 185-190. Acessado em 10 de janeiro de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>

Monteiro, A. P. S., Arraes, E. P. P., Pontes, L. B., Campos, M. S. S., Ribeiro, R. T., & Gonçalves, R. E. B. (2003). Auto-exame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. *Rev Bras Ginecol Obstet, 25*(3), 201-205. Acessado em 13 de janeiro de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>

Nunes, M. J., & Neves, M. (1997). A mulher mastectomizada: que reações? que consequências? *Rev. Téc. Enfermagem, 10*(112), 18-22. Acessado em 13 de janeiro de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>

Olivotto, I., Gelmon, K., & Kuusk, U. (2001). *Breast Cancer: all you need to know to take an active part in your treatment*. (3^a ed.) Vancouver: Intelligent Patient Guide.

Ortega-Altamirano, M., López-Carrillo, L., & López-Cervantes, M. (2000). Estrategias para la enseñanza del autoexamen del seno a mujeres en edad reproductiva. *Salud Pública de México, 42*(1), 17-25. Acessado em 13 de janeiro de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>

Paiva, C. E., Ribeiro, B. S., Godinho, A. A., Meirelles R. S. P., Silva E.V.G., Marques, G. D'A., & Júnior, O. R. (2002). Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(2), 231-237.

Paulinelli, R. R., Júnior, R. F., Curado, M. P., & Almeida e Souza, A. (2003). A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 3(1), 17-24. Acessado em 10 de janeiro de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>

Pinho, V. F. S., & Coutinho, E. S. F. (2005). Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 21(2), 351-360.

Pinotti, J. A.; Barros, A.C.S.D.; Hegg, R.; & Zeferino, L. C. (1995). Programa de controle do câncer de mama em países em desenvolvimento. *Rev Bras Mastol*, 5, 15-20.

Reis, R. J., Medina, L.F, Welter, A.P, Deboni, A. B., Amaral, R.L & Edelweiss, M. I. (2002). Tratamento do câncer de mama: uma visão histórica. *Revista Brasileira de Mastologia*, 12(3), 09-22.

Ribeiro, E. M, Pires, D. & Blank, V. L. G. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 438-446.

Rodrigues, E. (2004). Novas diretrizes para o controle do câncer de mama. Acessado em 10 de janeiro de 2005 do World Wide Web: <http://www.eesc.usp.br/bioeng/resumonoticia.php?codnoticia=7108/0404>

Rossi, L., & Santos, M.A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.

Sant'Anna, D. B. (2000). A mulher e o câncer na história. In M. G. G. Gimenes & M. H. Favero, *A mulher e o câncer* (pp.43-70). São Paulo: Livro Pleno.

Sclowitz, M. L., Menezes, A. M. B., Gigante, D. N. & Tessaro, S. (2005). Conduas na prevenção secundária e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, 139(3), 340-349.

- Soares, L. T. (2000). As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. *Rev Bras. Enfermagem*; 53, 17 -24.
- Teixeira, L.C. (1998). Epidemiologia do câncer de mama. In D. L. Basegio (Org), *Câncer de mama: abordagem multidisciplinar* (pp. 222-226). Rio de Janeiro: Revinter.
- Tessaro, S. (1998). Quimioterapia adjuvante no câncer de mama. In D. L. Basegio (Org), *Câncer de mama: abordagem multidisciplinar* (pp. 01-11). Rio de Janeiro: Revinter.
- Thuler, L. C. (2003). Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(4), 227-238.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56.
- Traverso-Yépez, M. (no prelo). Dilemas sobre a promoção da saúde: a pertinência da Psicologia Social nessa reflexão.
- Tubiana, M. & Koscielny, S. (1999). The rationale for early diagnosis of cancer. *Acta Oncol*, 39, 295-330 Acessado em 13 de janeiro de 2005 do World Wide Web: <http://www.scielo.br>
- Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.
- Xavier, N. L & Xavier, M. C. (1996). Hormônios e gênese do câncer de mama: atualização. *J. Brás Ginecologia*, 106(6), 189-196
- Wanderley, K. da S. (1994). Aspectos Psicológicos do Câncer de Mama. In M. M. M. L Carvalho (Org), *Introdução à Psiconcologia* (pp. 95-101). Campinas: Editorial Psy.
- Will, B. P., Berthelot, J. M., Le Petit, C., Tomiak, E. M., Verma, S. & Evans W. K. (2000). Estimates of the lifetime costs of breast cancer treatment in Canada. *Eur J Cancer*, 36, 724–735.
- Zecchin, R. N. (2004). *A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Parecer Consubstanciado

Registro no CEP-UFRN	111/05
Projeto de Pesquisa	OS PROCESSOS DE PRODUÇÃO DE SENTIDO ENVOLVENDO A BUSCA DE ATENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NO BAIRRO DE FELIPE CAMARÃO-NATAL
Instituição	UFRN
Área Temática	PSICOLOGIA
Classificação	GRUPO II
Pesquisador	GREYCE GONDIM GUIMARÃES (mestranda)

PARECER

Considerando que as recomendações emitidas em parecer anterior foram, adequadamente, atendidas, e estando o protocolo de acordo com os itens propostos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o CEP-UFRN manifesta-se pela aprovação do protocolo em questão.

O pesquisador responsável fica autorizado a iniciar a execução da pesquisa, conforme foi delineada no projeto apresentado, e encaminhar a este CEP, relatório final, bem como, notificar eventos adversos e eventuais emendas ou modificações para o projeto original.

O formulário para o relatório final, está disponível na página do CEP - UFRN.
Natal, 16 de dezembro de 2005.


Dulce Almeida

Vice-Coordenadora do CEP/UFRN

Roteiro de Entrevista

Parte I. Dados sócio-demográficos

- Sexo: () Feminino () Masculino
 - Idade:
 - Profissão:
 - Desde quando está trabalhando na UMFC:
-

Parte II. Experiência com o CM

- Fale de sua experiência com o atendimento de mulheres que tiveram CM na UMFC?
 - Como funciona a UMFC, no dia-a-dia, em relação ao CM?
 - Como avalia os serviços prestados pelos profissionais de saúde na UMFC em relação ao CM?
-

Parte III. Conhecimento sobre os documentos e programas oficiais

- Que informações foram recebidas acerca da atenção precoce do CM?
-

Parte IV. Posicionamento pessoal

- Como você vê o atual serviço de assistência pública em relação ao CM?
- Que fatores contribuem para essa situação?
- Que tipo de ações (políticas, sociais, coletivas, individuais) considera que precisam ser tomadas para transformar essa situação?



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

A confirmação do diagnóstico de câncer de mama é uma situação de intensa mobilização existencial para as mulheres. Esta neoplasia acarreta mudanças em todas as esferas da vida feminina: trabalho, família, imagem corporal, sexualidade. Mudanças que refletem diretamente em seu cotidiano e nas relações com as pessoas do seu contexto social. O câncer de mama, se detectado e tratado nos estágios iniciais da doença é curável na grande maioria dos casos e sem acarretar grandes sequelas e impactos físicos, sociais e emocionais para as mulheres. Portanto, destaca-se a importância da implementação de estratégias de promoção de saúde que viabilizem a sua detecção precoce possibilitando intervenções terapêuticas menos invasivas e minimizando os impactos psicossociais sofridos pelas mulheres acometidas por esta doença.

Buscamos com esta pesquisa compreender sentido que você atribui à detecção e ao diagnóstico precoce do câncer de mama e os desdobramentos destas significações nos serviços prestados às usuárias.

Você está sendo convidada a participar deste processo concedendo uma entrevista, que será realizada individualmente pela pesquisadora. Todas as informações dadas por você durante a entrevista serão utilizadas somente pela pesquisadora a fim de atender os objetivos da pesquisa e serão mantidas em absoluto sigilo, assegurando assim sua confidencialidade e privacidade.

Esta pesquisa não oferece nenhum risco para você. Você não terá nenhum custo financeiro por participar desta pesquisa, como também nenhuma remuneração. Você poderá deixar de colaborar com a pesquisa em qualquer fase, sem penalização alguma e sem prejuízo ao sigilo quanto as informações já fornecidas, cabendo a você apenas comunicar sua decisão a pesquisadora.

Os resultados da pesquisa, favoráveis ou não, serão compartilhados com as pessoas participantes, bem como, com a comunidade do bairro de Felipe Camarão e divulgados através de publicações científicas. Para maiores esclarecimentos é possível entrar em contato com a pesquisadora responsável por este estudo Martha A. Traverso-Yépez ou Greyce Gondim Guimarães através do telefone 215.3590 Ramal: 206 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte através do telefone 215.3135.

Eu, _____ declaro que conheço os objetivos e procedimentos que envolvem esta pesquisa e concordo em participar da mesma como voluntário(a).

Natal, de de 2005.

Martha A. Traverso-Yépez
Prof. Dr.^a de Psicologia da UFRN

Greyce Gondim Guimarães
Mestranda em Psicologia pela UFRN