

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Eloiza Augusta Gomes

**MULHERES E CÂNCER DE MAMA:  
percepção, itinerário terapêutico e prevenção**

Juiz de Fora

2012

Eloiza Augusta Gomes

**MULHERES E CÂNCER DE MAMA:  
percepção, itinerário terapêutico e prevenção**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos

Juiz de Fora

2012

Gomes, Eloíza Augusta.

Mulheres e câncer de mama : percepção, itinerário terapêutico e prevenção / Eloíza Augusta Gomes.

– 2012.

152 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

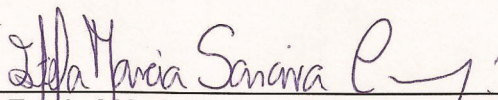
1. Prevenção. 2. Câncer de mama. 3. Itinerário terapêutico. I. Título.

ELOIZA AUGUSTA GOMES

**“Mulheres e Câncer de Mama: percepção, itinerário terapêutico e prevenção”.**

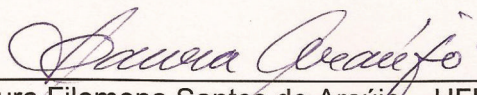
Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 30/03/2012



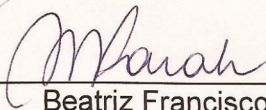
---

Estela Márcia Saraiva Campos – UFJF



---

Laura Filomena Santos de Araújo – UFMT



---

Beatriz Francisco Farah – UFJF

*Aos meus queridos pais, Ângelo e Maria,  
mesmo ausentes na minha trajetória profissional.*

## **AGRADECIMENTOS**

À amiga e orientadora, Dra. Estela, pela seriedade, atenção e acompanhamento no decorrer deste estudo. Muito obrigada!

À querida Vanda, pelo carinho e acolhida, constantes!

Aos amigos do “Choro”, pela música e amizade!

Às amigas, Irene e Laurinha, pessoas fundamentais que, nos momentos difíceis, estenderam-me a mão!

Aos amigos Kelmer, Sabrina, Bia, Consola e Gisele, pela atenção em me ouvir!

Às mulheres que se dispuseram a realizar os grupos focais, fornecendo, assim, o escopo maior desta dissertação e tornando possível sua realização.

Aos Agentes de Saúde, Conselheiros Locais dos Bairros e equipes das Unidades de Saúde, muito obrigada pelo carinho e atenção em que me receber!

Aos professores do Mestrado em Saúde Coletiva, pelo aprendizado desenvolvido em suas disciplinas.

À amiga de trabalho, Anelise!

*“Tudo está ao alcance do homem  
e tudo lhe escapa em virtude de sua covardia.”*  
*Fiódor Dostoiévsk*

## RESUMO

O câncer de mama (CM) representa um grande desafio para a saúde pública. Diante desse quadro, torna-se necessário, portanto, buscar estratégias para o seu controle. Os procedimentos mais utilizados, neste sentido são: o autoexame da mama, o exame clínico, a mamografia e a ultrassonografia. Este trabalho apresentou uma análise compreensiva da assistência integral e as diferentes percepções das mulheres perante o câncer de mama (CM). Os objetivos centrais dessa análise são: compreender as razões/motivos que levam as mulheres acima de 60 anos, da região norte de Juiz de Fora/MG, dependentes do serviço público de saúde, a não realizarem a mamografia; conhecer os valores, crenças e concepções envolvidas na negação destas mulheres em realizar este tipo de cuidado preventivo com o próprio corpo, observando a associação com o estigma relacionado ao câncer de mama; conhecer o itinerário terapêutico das mulheres na busca por cuidados preventivos ao câncer de mama; compreender como as mulheres experienciam o cuidado que ajuda a prevenir o câncer de mama. A perspectiva teórica adotada baseia-se em conceitos como: caracterização câncer de mama e formas de prevenção; representação social da doença; abordagem centrada no usuário; itinerário terapêutico e as redes sociais e as redes de atenção à saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que teve como ponto de partida os resultados preliminares de uma pesquisa quantitativa intitulada Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora, MG. Os sujeitos da pesquisa foram mulheres acima de 60 anos, residentes na zona norte do município de Juiz de Fora. Foi utilizada como instrumento de coleta de dados a técnica de grupo focal (GF). O local escolhido para pesquisa de campo foram as UAPS da Zona Norte/JF. Concluímos, portanto, que as mulheres deste estudo demonstram certo conhecimento técnico, na medida em que conviveram com pessoas que tiveram o câncer. Entretanto, não conseguiram realizar os exames preventivos do câncer de mama. Suas trajetórias permeadas por medo, fatalismo e preconceitos, acerca da doença, justificam e dificultam esse exercício. Associada a essas questões, a realidade fragmentada de organização dos serviços de saúde, bem como a questão do acesso aos serviços, potencializaram ainda mais as dificuldades para realização da mamografia. E por fim os Itinerários terapêuticos propiciaram analisar as falácias da rede e diversas redes sociais envolvidas no caminho das mulheres que participaram desta investigação.

Palavras Chave: Prevenção. Câncer de Mama. Itinerário terapêutico.



## ABSTRACT

Breast cancer (BC) represents a major challenge to public health. Given this situation, it is therefore necessary to pursue strategies for its control. The most common procedures used in this direction are: breast self-examination, clinical examination, mammography, and ultrasonography. This paper presented a comprehensive analysis of integrated care and the different perceptions of women towards breast cancer (BC). The central objectives of this analysis are: to understand the reasons / motives why women over 60 years old, from the north side of Juiz de Fora / MG, who rely on the public health service, do not undergo mammography; to understand the values, beliefs, and concepts involved in the refusal of these women to take this kind of preventive care of their own bodies, noting the association with the stigma related to breast cancer; to understand the therapeutic itinerary of women in seeking preventive care for breast cancer; to understand how women experience the care that helps prevent breast cancer. The theoretical approach adopted is based on concepts such as: characterization of breast cancer and forms of prevention; social representation of the illness; user-centered approach; therapeutic itinerary and social networks and health care networks. This is a qualitative study that took as its starting point the preliminary results of a quantitative survey entitled Health Survey in the City of Juiz de Fora, MG. The study subjects were women over 60, living on the north side of the city of Juiz de Fora. Focus group (FG) technique was used as a data collection instrument. The sites chosen for field research were the UAPS (Primary Care Units) on the north side of Juiz de Fora. We thus concluded that the women in this study demonstrate some technical knowledge, to the extent that they were close to people who have had cancer. However, they failed to do preventive exams for breast cancer. Their trajectories, permeated by fear, fatalism, and prejudices about the disease, explain and impede this practice. Associated with these issues, the fragmented organizational reality of the health services, as well as the issue of access to the services, further reinforce the difficulties in getting mammography. And finally, the therapeutic itineraries facilitated analysis of the fallacies of the network and various social networks involved in the course of the women who participated in this investigation.

Keywords: Prevention. Breast Cancer. Therapeutic itinerary.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Diagrama de sistematização do estudo .....	37
<b>Figura 2</b> – Mapa da distribuição dos bairros da zona norte de Juiz de Fora - MG .....	42
<b>Figura 3</b> – Universo de sujeitos deste estudo e motivo das respectivas perdas .....	48
<b>Figura 4</b> – Desenho ilustrativo do itinerário terapêutico de Dona Jasmim.....	96
<b>Figura 5</b> – Desenho ilustrativo do itinerário terapêutico de Dona Azaleia .....	103
<b>Figura 6</b> – Desenho ilustrativo do itinerário terapêutico de Dona Dália.....	110

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Unidades de Saúde selecionadas, em um primeiro momento, para a realização dos GFs .....	45
<b>Quadro 2</b> – Composição final dos grupos por unidades de saúde.....	46
<b>Quadro 3</b> – Caracterização das 4 unidades de referência, identificação dos GF, composição dos integrantes e total de integrantes que compareceram no GF .....	47
<b>Quadro 4</b> – Apresentação das unidades temáticas.....	50
<b>Quadro 5</b> – Categorias empíricas finais a partir das expressões dos sujeitos .....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CA	Câncer
CACON	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CLB	Conselheiro Local de Bairro
CLS	Conselho Local de Saúde
CM	Câncer de mama
EP	Entrevista em Profundidade
GF	Grupo Focal
GRS-JF	Gerência Regional de Saúde de Juiz de Fora
HU/JF	Hospital Universitário de Juiz de Fora
Inca	Instituto Nacional de Câncer
IT	Itinerário Terapêutico
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UAPS/SF	Unidade Atenção Primária da Saúde com Saúde da Família
USG	Ultrassonografia

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	16
2.1	OBJETIVO GERAL .....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	17
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA, EPIDEMIOLOGIA E FORMAS DE PREVENÇÃO .....	17
3.2	REPRESENTAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO À DOENÇA.....	23
3.3	A ABORDAGEM DO CUIDADO CENTRADO NO USUÁRIO.....	25
3.4	DESVELANDO OS CAMINHOS PELA BUSCA DO CUIDADO: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E REDES SOCIAIS .....	28
3.5	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	31
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	38
4.1	MÉTODO DO ESTUDO.....	38
4.2	SUJEITOS DO ESTUDO .....	39
4.3	CENÁRIO DE ESTUDO.....	40
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	43
4.5	ASPECTOS ÉTICOS .....	49
4.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	49
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	54
5.1	CATEGORIA I: “Não tive na minha família, mas fiquei com pessoas que tiveram CÂNCER” .....	54
5.2	CATEGORIA II: “Hoje tá muito difícil de tratar” .....	64
5.3	CATEGORIA III: “A GENTE VÊ NA TV” .....	80
<b>6</b>	<b>ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA BUSCA POR CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÂNCER DE MAMA, EM ESPECIAL A MAMOGRAFIA</b> .....	85
6.1	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO 1: “A HISTÓRIA DE JASMIM” .....	86
6.2	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO 2: A HISTÓRIA DE DONA AZALEIA.....	97
6.3	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO 3: “A HISTÓRIA DE DÁLIA” .....	104
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	111

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	115
<b>APÊNDICES</b> .....	126
<b>ANEXOS</b> .....	137

## 1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, gostaria de apresentar nosso interesse com o objeto de estudo aqui considerado. Sempre sentimos interesse de conhecer as percepções das mulheres perante a doença câncer de mama (CM), cuja linha de cuidado abrange tanto a realização de medidas preventivas e de controle quanto o processo do adoecer e suas consequências, principalmente a forma como as mulheres vivenciam o estar com CM. Ademais, a própria condição vulnerável de ser mulher leva-nos a temê-lo. Para compreender e refletir sobre tal problemática torna-se, também, necessário abordá-la a partir dos diferentes contextos sociais e culturais, nos quais se encontra inserida.

É importante destacar que, pelo lado profissional, tivemos a oportunidade de trabalhar durante um ano em um hospital de oncologia do município de Juiz de Fora, o que nos possibilitou experienciar o cotidiano do cuidar de mulheres com câncer, cuja prática nos aproximou de tal problemática. Dessa forma, cremos que a motivação para realizar esta pesquisa originou-se de nossas observações e vivências, pois, desde os estágios no curso de graduação em Enfermagem, tivemos os primeiros contatos com a assistência a mulheres em relação ao CM. Nessas vivências, percebemos a importância de melhor compreendermos as percepções das mulheres sobre o controle e prevenção ao CM, bem como o impacto em suas vidas causado pelo diagnóstico e tratamento dessa doença. Tais indagações nos estimularam a refletir sobre as práticas assistenciais que eram desenvolvidas, que lhes eram ofertadas, mais centradas no modelo biomédico.

Os aspectos e as questões mencionados anteriormente levaram-nos ao interesse de novos olhares sobre o assunto. Entre os diversos aspectos do CM, nosso interesse se dirigiu para as mulheres que manifestaram receio em realizar a mamografia, ou não a perceberam como necessidade, enquanto medida de detecção precoce do CM ou até mesmo por não poderem viabilizá-la, sendo este o fio condutor da pesquisa.

A abordagem do objeto de estudo busca uma análise abrangente da assistência integral e as diferentes percepções das mulheres perante o CM. Com base em leituras e aprofundamentos teóricos, buscamos suportes para ampliar nosso conhecimento sobre essa temática.

Aspectos sobre a prevenção do CM constituem-se em tema de relevância a ser pesquisado, oportunizando a elaboração de novas estratégias com o objetivo de desenvolver ações que promovam uma assistência integral dessas mulheres, com ganhos de ampliação de cobertura, de detecção precoce do CM com direito de acessibilidade aos serviços.

O câncer de mama continua sendo uma doença que demonstra dificuldades em seu manejo, em termos de Saúde Pública, pois ao não ter prevenção primária, há de se trabalhar com estratégias de prevenção secundária ou diagnóstico precoce.

Essas informações preliminares configuram de modo mais assertivo o enfoque que norteia este trabalho. Como enfermeira e docente, buscamos compreender como as mulheres percebem a necessidade e de que forma são viabilizadas as práticas preventivas do CM. Além do mais, os indicadores epidemiológicos reforçam a pertinência deste trabalho em compreender as razões que levam um grupo de mulheres à não realização da mamografia.

Para desenvolver esta pesquisa, intitulada “*Mulheres e câncer de mama: percepção, itinerário terapêutico e prevenção*”, partimos dos resultados de uma pesquisa quantitativa, de abordagem epidemiológica, intitulada *Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG: relatório técnico* (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2011)<sup>1</sup>. A coleta dos dados deste estudo foi realizada no período de 27 de março de 2010 a 29 de junho de 2010. A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFJF. Esse inquérito permitiu coletar dados para construir indicadores associados à saúde e não apenas às doenças, assim como sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde/doença. A abordagem do CM possibilitou identificar um perfil quantitativo de cobertura a ações de prevenção e controle ao CM (exame e autoexame de mama e mamografia). No entanto, os resultados preliminares desse inquérito quantitativo não foram capazes de explicar/compreender algumas questões.

A abordagem do CM possibilitou identificar um perfil quantitativo de acesso e/ou utilização de ações de prevenção e controle ao CM em mulheres na faixa etária acima de 60 anos. Os resultados preliminares da pesquisa quantitativa apontaram

---

<sup>1</sup> UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde. **Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG**: relatório técnico. Juiz de Fora, 2011. Trabalho não publicado.



para uma amostra de 280 mulheres, entrevistadas, das quais 251 responderam à pergunta desfecho da pesquisa quantitativa: “já realizou mamografia alguma vez na vida?”. Das 251 respondentes, 77 nunca realizaram exame (30,7% das respostas válidas) e as 174 restantes afirmaram já tê-lo realizado. Para o presente estudo, partimos do universo das 77 mulheres que ao responderem a pergunta do questionário (Anexo A) afirmaram nunca ter realizado mamografia na vida. A pesquisa complementa o estudo epidemiológico realizado, ao buscar um novo olhar para o resultado obtido pelo inquérito

O estudo aponta todos os empecilhos e dificuldades que as mulheres encontram nas suas buscas para a realização dos exames preventivos do CM, em especial a mamografia. Traz a perspectiva do olhar de dentro da realidade dessas mulheres e não o olhar externo dos profissionais dos serviços de saúde no seu modo de organizar as práticas de atenção e gestão dentro do SUS.

Acreditamos que o conhecimento sobre o assunto pode contribuir para novos olhares e maior compreensão dos profissionais de saúde para a elaboração de condutas de atendimento, de campanhas e processos educativos sobre a temática. Acreditamos que a pesquisa intitulada “*Mulheres e câncer de mama: percepção, itinerário terapêutico e prevenção*” seja um recorte no amplo universo que envolve o CM e que poderá trazer uma nova leitura sobre o assunto.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as razões/motivos que levam as mulheres acima de 60 anos, da região norte de Juiz de Fora, MG, dependentes do serviço público de saúde, a não realizarem a mamografia como prevenção ao CM.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer, dessas mulheres, os valores, as crenças e as concepções envolvidas na realização do cuidado preventivo com o próprio corpo, observando a associação com o estigma relacionado ao câncer de mama;
- Conhecer o Itinerário Terapêutico (IT) das mulheres na busca por cuidados preventivos ao CM;
- Compreender como as mulheres experienciam o cuidado que ajuda a prevenir o CM.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta sessão, foram delineados os conceitos e os elementos fundamentais deste estudo. Tendo em vista os objetivos elencados, faz-se necessária a utilização de uma chave de leitura a respeito do processo saúde/doença, que considere tanto o enfoque biomédico quanto as abordagens centradas nas experiências dos sujeitos. Nessa linha de abordagem, a sessão foi dividida nas seguintes subsessões: caracterização câncer de mama, epidemiologia e formas de prevenção; representação social da doença; abordagem centrada no usuário; itinerário terapêutico e as redes sociais; redes de atenção à saúde.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA, EPIDEMIOLOGIA E FORMAS DE PREVENÇÃO

O câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos diversos. A heterogeneidade desse tipo de câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas e o sintoma mais comum é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, apesar de existirem também tumores globosos e bem definidos (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2007, existiam 20 milhões de pessoas em todo o mundo vivendo com câncer e, de acordo com as estimativas do mesmo órgão, até 2020, esse número poderá chegar a 30 milhões (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008). Já o Instituto Nacional de Câncer (Inca) estima que, em 2020, o número de casos novos anuais seja da ordem de 15 milhões, sendo que cerca de 60% desses novos casos ocorrerão em países em desenvolvimento. Sabe-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorrem anualmente no mundo poderia ser prevenido (BRASIL, 2007).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 1960 e 1970, foi verificado um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos registros de câncer de base populacional de diversos continentes

(BRASIL, c1996). Na América Latina, recentemente, o CM vem se transformando em um importante problema de Saúde Pública, sendo observado, um aumento consistente nas taxas de mortalidade nos últimos 40 anos (ROBLES; GALANIS, 2002).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2010, válidas também para o ano de 2011, apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer, entre eles o CM (BRASIL, 2009a). A estimativa mais precisa é de que o CM alcance, no país, 65.000 novos casos (BRASIL, 2008a). Dados do Inca apontam que, no Brasil, as taxas de mortalidade por CM continuam elevadas, provavelmente pelo fato de a doença ser diagnosticada em estágios avançados (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2011).

É de grande importância, portanto, que existam políticas públicas para que se estabeleçam estratégias em âmbito nacional, a fim de que o diagnóstico de câncer de mama seja o mais precoce possível. Já existem vários países com programas de rastreamento muito bem estabelecidos, como Canadá, Holanda, Noruega e Itália (BRASIL, 2009b).

O câncer de mama é o mais prevalente entre as neoplasias da população feminina do Brasil, com maior causa de mortalidade e morbidade de mulheres entre 40 e 69 anos. No Rio Grande do Sul, a taxa de incidência da enfermidade no sexo feminino foi a maior entre os demais estados do Brasil, nos anos de 2006 e 2007, com 88,81 casos por 100.000 habitantes. Em Porto Alegre, essa taxa foi de 146,83 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2008b).

Em Juiz de Fora - MG, de acordo com as estatísticas mais recentes apontadas pelo Datasus (BRASIL, 2008b), houve um registro de 276 casos novos de câncer de mama em 2007, o que confere ao município um perfil epidemiológico relevante da doença. Werneck (2007), em noticiário divulgado, destacou que pesquisadores e profissionais da área declararam que aproximadamente quatro mulheres morrem por mês com CM. A média é calculada com base nos dados do Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, referentes ao período de janeiro de 2004 até julho de 2007. Desde esse período, a média tem sido de 53 mortes por ano na cidade. No período de janeiro a dezembro de 2007, o número de casos fatais chegou a 32.

Segundo dados da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF-SES/MG), no ano de 2011 foram registrados 36 óbitos, ocasionados por

câncer de mama, número que supera o total registrado em 2010, quando 34 mulheres faleceram por causa do câncer (JUIZ DE FORA..., 2011)<sup>2</sup>.

De acordo com a Política Nacional do Controle do Câncer não há prevenção primária comprovada para o câncer de mama. Há informações de que, se forem trabalhados os fatores de risco como o sedentarismo, a obesidade pós-menopausa, a primeira gestação antes dos 30 anos, pode-se diminuir o risco de desenvolver a doença. Estima-se que, por meio da alimentação saudável e atividade física, é possível reduzir em até 28% o risco de ter câncer de mama (BRASIL, 2009a). Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003), a prevenção primária baseia-se na intercepção dos fatores pré-patogênicos, podendo ser do tipo promoção de saúde ou proteção específica. Nesse sentido, as ações de proteção específica estão relacionadas aos fatores de risco para doenças da mama, englobando medidas que as revertam. Pelo exposto, não existe prevenção primária, mas sim estratégias para a “prevenção secundária” ou “diagnóstico precoce” do câncer de mama.

As estratégias para controle do CM podem ser dirigidas a indivíduos assintomáticos ou sintomáticos. As ações de saúde voltadas para indivíduos assintomáticos objetivam evitar o câncer mediante o controle da exposição aos fatores de risco (prevenção primária), bem como detectar a doença e/ou lesões precursoras em fase inicial, chamadas de rastreamento – é a aplicação de um exame em uma população presumivelmente assintomática. Por outro lado, as ações que identificam indivíduos sintomáticos são chamadas de diagnóstico precoce – reconhecimento pelo paciente ou pelo profissional de saúde de sinais e sintomas precoces da doença. O conjunto de ações de rastreamento e diagnóstico precoce é denominado de detecção precoce (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). De acordo com Stein e outros (2009), a detecção precoce é baseada na premissa de que quanto mais cedo for detectado o CM, mais eficaz será o tratamento além de objetivar a identificação do câncer quando ainda localizado no órgão de origem.

Para a detecção precoce do CM são considerados como procedimentos: o autoexame de mama, o exame clínico, a mamografia e a ultrassonografia.

O autoexame é um procedimento importante que envolve a mulher no controle de sua saúde e que permite identificar alterações nas mamas precocemente. Entretanto, conforme demonstrado nos estudos de Stein e outros

---

<sup>2</sup> JUIZ DE FORA recebe veículo para realização de mamografia. 27 out. 2011. Disponível em: <<http://www.acesa.com/saude/arquivo/noticias/2011/10/27-mama/>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

(2009), existem algumas controvérsias a respeito dessa prática. A pesquisa aponta que não existem evidências de que o treinamento e a aderência a um programa de rastreamento, por meio do autoexame da mama, reduzam os índices de mortalidade por CM. O “exame clínico” das mamas, de acordo com o documento de consenso de controle do CM (BRASIL, 2004), é a segunda estratégia para detecção precoce do câncer, devendo ser uma rotina na consulta ginecológica. O exame clínico constitui base para solicitação dos exames complementares. Quanto à mamografia, ou radiografia simples das mamas, é considerada como a estratégia de detecção mais precisa, uma vez que permite identificar alterações nas mamas, mesmo ainda não perceptíveis ao exame clínico, ou seja, dois anos antes de serem palpáveis. A mamografia possui um importante papel para que o diagnóstico precoce do câncer de mama seja feito. Vários estudos de metanálise mostraram redução de 20% a 35% na mortalidade por câncer de mama no grupo de pacientes entre 50 e 69 anos submetidas ao rastreamento mamográfico (ARAÚJO et al., 2004; PAQUETTE et al., 2000). Por fim, a ultrassonografia (USG) é o método de escolha para a avaliação por imagem das lesões palpáveis em mulheres com menos de 35 anos de idade, já que para mulheres com idade igual ou superior a 35 anos é recomendada a mamografia (BRASIL, 2004).

O *Consenso de Mama* é um documento que foi elaborado em 2004 por ONGs, gestores, sociedades médicas e universidades com o objetivo de fazer o controle do CM (BRASIL, 2004). Para tal, medidas estratégicas são recomendadas. O exame clínico anual das mamas em mulheres na faixa etária entre 40 e 49 anos deve ser incentivado pelos profissionais de saúde. No caso das mulheres pertencentes ao grupo de risco, o exame clínico e o mamográfico deverão ser feitos a partir dos 35 anos. No que tange ao rastreamento, recomenda-se a mamografia dos 50 aos 69 anos, com até dois anos de intervalo.

Mais recentemente, no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, como forma de prevenção, detecção e tratamento dos cânceres de mama e do colo de útero, entrou em vigor a Lei n. 11.664, de 29 de abril de 2008 (BRASIL, 2008c). Este documento dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que garantam:

- II – a realização de exame citopatológico do colo uterino a todas as mulheres que já tenham iniciado sua vida sexual, independentemente da idade;
- III – a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 (quarenta) anos de idade;
- IV – o encaminhamento a serviços de maior complexidade das mulheres cujos exames citopatológicos ou mamográficos ou cuja observação clínica indicarem a necessidade de complementação diagnóstica, tratamento e seguimento pós-tratamento que não puderem ser realizados na unidade que prestou o atendimento (BRASIL, 2008c)<sup>3</sup>.

Ressalvamos que idade das mulheres, sujeitos do presente estudo, encontra-se dentro da faixa etária preconizada para indicação de mamografia tanto do Consenso (BRASIL, 2004) quanto da Lei n. 11.664, de 29 de abril de 2008 (BRASIL, 2008c).

O município de Juiz de Fora, por meio da parceria entre o Hospital Universitário e o Centro Viva Vida, serviço de referência na região, toma a iniciativa de estimular a adoção de práticas preventivas ao CM, ao divulgar, por meio de informativo, que irão cadastrar aproximadamente 500 mulheres com idade entre 50 e 69 anos, para realização gratuita de exame de mamografia, durante todo o mês de março (INSTITUIÇÕES..., 2012)<sup>4</sup>.

Em 30 de dezembro de 2008, foi publicada pela Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS) a Portaria n. 779, que cria o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (Sismama), com o objetivo interligar informações sobre os procedimentos relacionados ao rastreamento e à confirmação diagnóstica do CM. Nos moldes do Sistema de Controle do Câncer de Colo do Útero (Siscolo), o sistema gera relatórios mensais com dados populacionais dos exames realizados e seus respectivos resultados. É possível, dessa forma, manter o acompanhamento do desempenho de cada prestador de serviço e de cada região onde o serviço está, efetivamente, implantado (BRASIL, 2008d).

De forma geral, as recomendações mais enfatizadas pela Organização Mundial de Saúde para o aumento da sobrevivência associada a esse tipo de câncer são relativas à adoção de uma política que favoreça o diagnóstico precoce, aliado ao

---

<sup>3</sup> Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm)>. Acesso em: 5 mar. 2012.

<sup>4</sup> INSTITUIÇÕES disponibilizam 500 mamografias gratuitas em comemoração ao mês da mulher. 29 fev. 2012. Disponível em: <<http://www.acesa.com/saude/arquivo/noticias/2012/02/29-instituicoes-disponibilizam-500-mamografias-gratuitas/>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

tratamento adequado em tempo hábil. Nesse sentido, em novembro de 1998, houve modificações substanciais na lógica de tratamento das neoplasias no Sistema Único de Saúde (SUS) com a entrada em vigência da Portaria do Ministério da Saúde n. 3.535, de 2 de setembro de 1998 (BRASIL, 1998), que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, com a criação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Tal portaria estabelece uma rede hierarquizada dos centros que prestam assistência oncológica e atualiza os critérios mínimos para o cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia.

A grande transformação regulamentar nessa área foi a introdução da lógica de atendimento integral à mulher com câncer. Esta contempla ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a serem implantadas em todas as unidades federadas, preconizando que o paciente faça todo o tratamento em um único local. A proposta estabelece que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados e municípios (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2005). Para o atendimento integral desses usuários, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu que somente hospitais que dispusessem, em mesma estrutura, de todos os recursos para o tratamento das neoplasias mais frequentes no País seriam credenciados para a assistência oncológica no SUS. Dessa forma, o MS institucionaliza a rede de atenção oncológica composta por: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia.

Os serviços vinculados ao SUS que realizam tratamento oncológico no Brasil são cadastrados pelo Ministério da Saúde, como os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os serviços isolados de quimioterapia ou de radioterapia e compõem uma Rede de Atendimento em Oncologia. Essa rede de serviços é coordenada pelo Instituto Nacional do Câncer.

Os Cacons são unidades hospitalares, públicas ou filantrópicas, que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente com câncer. São responsáveis pela confirmação diagnóstica das mulheres: estadiamento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos. Podem ser classificados em: Cacon I, que são os hospitais gerais onde se realizam o diagnóstico e o tratamento das



neoplasias malignas mais frequentes no Brasil. Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente sempre em uma perspectiva multiprofissional integrada.

O Cacon II refere-se à instituição dedicada, prioritariamente, ao controle do câncer, desenvolvendo ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil, em todas as modalidades assistenciais. Caracteriza-se por possuir todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis.

O Cacon III pode ser definido como instituição dedicada, exclusivamente, ao controle do câncer, para o que desenvolve ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo ou localização de câncer, em todas as modalidades assistenciais. Caracteriza-se por possuir todos os recursos humanos e equipamentos próprios (SÃO PAULO, 2002).

Em linhas gerais, houve uma grande transformação regulamentar na área da oncologia com a introdução dos Cacons. No que se refere à articulação dessas redes de serviços, centradas na atenção secundária e terciária, com o nível primário de atenção do SUS, observamos que as ações de saúde para o controle do CA, no nível primário, estão voltadas para promoção da saúde, por meio de estratégias de mudanças de percepção e estilos de vida saudáveis e a prevenção da patologia, conforme já explicitado anteriormente.

### 3.2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO À DOENÇA

Como afirmado anteriormente, em torno do câncer existem associações diversas que correspondem a um imaginário rico de representações ao redor da doença. Mas o que é representação social? Como esse imaginário coletivo (sociedade) afeta a percepção das mulheres em relação ao câncer? Para responder a esses questionamentos, faz-se necessária, portanto, a compreensão da doença sob a ótica dos sujeitos e suas experiências que, de fato, leva-nos ao conceito de representação.

Segundo Campos e outros (2009), é necessário compreender o processo saúde-doença como algo dinâmico e multicausal. Deve-se ampliar a dimensão do objeto saúde para além da relação presença ou ausência da doença, o que tem sido um fator desafiador e, ao mesmo tempo, impulsionador da produção científica na área da saúde. O fato de se considerar saúde e doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais, traz para reflexão a compreensão do individual e do coletivo. Nessa perspectiva de agentes sociais autônomos, incorpora-se ao processo saúde-doença a dimensão de interação com o mundo singular em que vivem.

Os estudos mostram que não existe um conceito único de representação. Do ponto de vista de Durkheim (1970), as representações sociais, ou "representações coletivas", expressam a primazia da sociedade em relação ao indivíduo: "Um homem que não pensasse por meio de conceitos não seria um homem; pois não seria um ser social, reduzido apenas aos objetos da percepção individual, seria indistinto e animal" (DURKHEIM, 1970, p. 21).

As representações sociais, para Queiroz (2000, p. 27), correspondem a "um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana. Este permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social". De fato, a representação social se apresenta como uma construção de conhecimentos que possibilita aos homens tornar inteligível a realidade física e social.

Para Minayo (1994), as representações sociais constituem uma categoria básica para fundamentar o trabalho de campo em pesquisa social. O termo "representações sociais" se refere à matéria-prima para a análise do social e, também, para a ação pedagógico-política de transformação por serem, ao mesmo tempo, ilusórias, contraditórias e verdadeiras. Nas ciências sociais, as representações sociais são definidas como "categorias de pensamento, de ação e de sentimento, que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a" (MINAYO, 1994, p. 158).

Moscovici (1998) define as representações sociais como sistema, ideias e práticas que desempenham uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que permita às pessoas orientarem-se a si mesmas em seu mundo social e material, dominando-o; e, em segundo lugar, permitir que a comunicação tenha lugar entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código destinado ao intercâmbio

social e à classificação e nomeação sem ambiguidade dos vários aspectos do seu mundo e da sua história individual e grupal.

Sontag (2007, p. 7) afirma que “a doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença”. Skaba (2003) complementa essa ideia, salientando que o câncer tem um lugar privilegiado neste “lado sombrio da vida”, sendo, frequentemente, interpretado como uma doença insidiosa e arrogante que transforma a vida das pessoas por ela acometidas.

O entendimento sobre representação social do câncer apontado por Sontag em seus estudos ajudará a analisar a postura das mulheres diante do preventivo de CM, no presente estudo. A autora, em seu livro intitulado “*A Doença como Metáfora*”, assevera que outros aspectos, além do biológico, devem ser considerados quando se trata de uma pessoa doente. Em seus estudos, destaca alguns aspectos para entender por que as mulheres se recusam a admitir a existência da possibilidade do CM. Para Sontag (2007), a forma de tratar o câncer não como uma simples doença, mas como um inimigo demoníaco fez do câncer não só uma doença letal, mas também uma enfermidade vergonhosa. Talvez esse seja um dos principais fatores que contribuem para que as mulheres tenham receio em realizar o exame preventivo de mama, uma vez que a possibilidade de um diagnóstico positivo pode significar uma sentença de morte. Nossa percepção é a de que tal pensamento ainda povoa o imaginário das mulheres e pode influenciar nas condutas ao tratamento preventivo.

As representações são, portanto, parte relevante da manifestação social da doença e extrapolam o olhar biologicista, forma de atenção predominante legitimada no modelo biomédico de saúde. Entendemos que para proporcionar cuidados e oferecer assistência ao indivíduo como sujeito ativo, de modo que ele possa satisfazer suas necessidades, é preciso que as ações de saúde sejam centradas no usuário, levando-se em consideração a representação social e individual da doença.

### 3.3 A ABORDAGEM DO CUIDADO CENTRADO NO USUÁRIO

As considerações apresentadas neste estudo acerca da temática “centrado no usuário” partem, sobretudo, da leitura do capítulo da obra “*Avaliação na*

*Perspectiva do Usuário: Abordagem Multicêntrica*”, de Bonet e outros (2009), intitulado “*Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores*”. Nesse trabalho, a perspectiva aberta pela abordagem “usuário em situação centrada” nos faz refletir que o processo saúde/doença, como algo dinâmico e multicausal, não deve considerar apenas a alteridade dos diferentes campos disciplinares, mas o mundo singular vivido pelo indivíduo.

Nessa perspectiva, é preciso atentar para a emergência de outras possibilidades de análise. É necessário trazer a centralidade para o indivíduo enquanto sujeito singular na busca por cuidados de saúde e inserido em um sistema simbólico que, ao mesmo tempo em que limita, potencializa suas escolhas. Com isso, procede-se ao deslocamento de interesse do sistema-centrado para o usuário, ganhando relevância para a compreensão dos processos de cuidado que estão em andamento (BONET et al., 2009).

Em outra abordagem, destacamos as contribuições de Franco e Mehry (2005) ao apontarem o conceito de cuidado como “práticas cuidadoras”. Nesse sentido, o cuidado extrapola uma concepção humanizada ou tecnicamente ampliada para ser um modo de estabelecer relações entre o profissional e o usuário, nas quais o usuário seja a medida do trabalho em saúde. Ainda nessa linha de pensamento, Rodrigues e Araújo (2001, p. 2) destacam que “o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se, ao contrário, sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional [...]”.

Corroborando tal perspectiva, Bonet e outros (2009) reforçam que:

[...] o usuário interfere tanto quanto os demais profissionais de saúde nos processos de cuidado. Ele não é uma entidade passiva, um objeto a que se destinam as políticas. Isto porque, pelo fato de o sistema de saúde ser um sistema - ou seja, ter características não lineares, mas circulares, as condutas e atitudes do usuário, como as de qualquer outro mediador, encontram-se no meio do processo, do fluxo e por isso mesmo produzem interferências no curso dos acontecimentos. (BONET et al., 2009, p. 242).

O usuário, enquanto sujeito ativo no processo do cuidado, tem desejos e precisa que suas necessidades de saúde sejam atendidas. Dessa forma, quando se aborda a qualidade dos serviços, a importância do reconhecimento técnico sob a perspectiva do usuário vem ganhando espaço. Sabe-se que o seu papel como

protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Scarazatti (2006) salienta que existe, hoje, um fortalecimento da cidadania e do protagonismo dos usuários, que são mais sujeitos, seja no campo da exigência do direito absoluto, da singularidade e da particularidade, com ações e sentenças sumárias para medicações e novos tratamentos, isto é, na participação no processo de cuidado e nas decisões sobre o funcionamento dos serviços.

O sistema de saúde, por sua vez, tem demonstrado há algumas décadas, um interesse real pela satisfação do usuário. Esse interesse teve início na década de 1970, baseado em aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção. Mais recentemente, o Ministério da Saúde lançou a Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS, nos diferentes níveis de atendimento, tendo como objeto de estudo a satisfação e a percepção do usuário como um dos componentes da avaliação do sistema. Dessa forma, propiciou ao usuário a oportunidade de opinar sobre as políticas de saúde e avaliar o atendimento recebido, destacando os pontos críticos do sistema a fim de que os gestores possam sanar os problemas encontrados.

É importante ressaltar que o olhar do usuário nessa perspectiva de avaliação pelo sistema parte, em geral, de projetos já elaborados ou definidos não ampliando, efetivamente, o campo de escolhas do usuário. Para Bonet e outros (2009), o deslocamento da visão de quem opera o sistema de saúde, gestores e profissionais, define "por dentro" a forma como os usuários devem caminhar, o que é fundamental. No entanto, o olhar "usuário centrado" permite contornar a perspectiva limitadora e reducionista que considerava-o como mero destinatário das políticas.

Para se concretizar, no presente trabalho, a ideia do sujeito como central nas ações da saúde – usuário centrado – impõe-se como necessárias mais três perspectivas teóricas: o entendimento de itinerário terapêutico, das redes sociais e da rede de atenção à saúde na perspectiva da busca da integralidade do cuidado, objeto das explicações a seguir.

Portanto, estar sensível ao olhar direcionado ao usuário, ou seja, centrado no usuário, permitirá que a busca por compreender a percepção das mulheres de não adesão às medidas preventivas, em especial à mamografia, envolva o universo simbólico destes sujeitos, universo este entendido como o conjunto de valores e crenças que inserem o indivíduo no mundo.

### 3.4 DESVELANDO OS CAMINHOS PELA BUSCA DO CUIDADO: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E REDES SOCIAIS

Outro ponto para o qual nos interessa chamar a atenção é o caminho pela busca do cuidado. Nesse sentido, ganha relevância a compreensão do que vem a ser itinerário terapêutico como busca por cuidado. De acordo com Rosa (2007), o itinerário terapêutico existe desde tempos remotos. Enfrentar o adoecer faz parte do cotidiano e, para lutar contra a doença, o ser humano desenvolve diversas estratégias no processo saúde-doença. O cotidiano representa o cenário de base para o estudo dos itinerários terapêuticos, pois as buscas para o cuidado e o tratamento das doenças são construções individuais e sociais que se materializam nos pequenos jogos sociais, reconhecidos como trama social.

Gerhardt (2006) define itinerário terapêutico como “sinônimo de busca de cuidados terapêuticos”. Além disso, a autora procura descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde quanto à trajetória percorrida por mulheres pertencentes à camada social de baixa renda, na tentativa de encontrar solução para seus problemas.

Nessa mesma linha de pensamento, Bellato e outros (2011) definem itinerário como:

[...] trajetória de busca, produção e gerenciamento do cuidado para a saúde, empreendidas por pessoas e famílias seguindo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes para o cuidado em saúde, de sustentação e de apoio, que possam lhes dar certa sustentabilidade na experiência do adoecimento. É possível evidenciar que essas trajetórias são afetadas também pelo modo como os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados, dando-lhes respostas mais ou menos resolutivas e capazes de serem integrativas. (BELLATO et al., 2011, p. 178).

A política de saúde está dentro das instituições, embora se discuta há algum tempo uma proposta de saúde na qual o atendimento do usuário também se configure fora da instituição, ou seja, extramuros. Isso posto, é importante o reconhecimento pelos profissionais de saúde dos “outros caminhos”, além do institucionalizado que o usuário percorre na busca pelo cuidado. A configuração desses recursos teóricos se apoiou nos estudos de Bonet e outros (2009, p. 241),

que afirmam: na busca dessa centralidade, faz-se fundamental compreender o sujeito “inserido num sistema simbólico que ao mesmo tempo limita e potencializa suas escolhas”. Portanto, essa dinâmica “incorpora o enfoque usuário em situação centrada, tomando o conceito itinerário terapêutico e transformando-o em interessante ferramenta para analisar o fluxo das buscas por cuidados terapêuticos de mulheres e coletivos” (BONET et al., 2009, p. 241).

Entendemos que existem várias maneiras de se procurar o cuidado, mas essa atitude depende do sujeito, da doença e, às vezes, essa forma é diversa e complexa. Está condicionada, entre outras questões, não só pelas atitudes e valores, como também pelo perfil da doença, além das condições socioeconômicas. Alves e Souza (1999) esclarecem que não existe um padrão único e pré-definido no processo de busca terapêutica e que o itinerário é um processo complexo, não podendo ser reduzido.

De acordo com Bonet e outros (2009), produzir uma interpretação sobre o itinerário terapêutico é intervir nele. Para os autores, quando o usuário narra sua trajetória, ele vai construindo, em sua memória sobre eventos passados, as reflexões sobre causalidades, dúvidas e expectativas sobre os desfechos esperados. O transcorrer do itinerário comporta contingências e expectativas que nem sempre se expressam em projetos bem delineados, mas que, no contexto de sua lembrança, ressignificam tanto o passado como o presente.

O ser humano convive ao longo de sua trajetória de vida com a saúde e com a doença, construindo e adquirindo conhecimentos através do viver e do conviver consigo mesmo e com os outros e, desse modo, surgem os itinerários terapêuticos. Nesse sentido, entendemos que compreendê-los pode contribuir para uma atuação profissional mais humanizada por envolver, além de conhecimentos, experiências e percepções da mulher doente. De acordo com as autoras, os profissionais se tornam mais abertos e dispostos a estabelecerem novas trocas quando, finalmente, entendem os motivos e as definições de tratamentos e cuidados adotados pelas pessoas que eles cuidam (MATTOSINHO, 2004).

A necessidade de compreender a percepção das mulheres perante os processos de adoecimento sob a ótica social leva, como considerado por Maliska (2005), a novas buscas. Assim, sob uma visão antropológica, a autora descreve as diferentes trajetórias individuais, diante da doença e das diversas possibilidades de

enfrentamento da mesma. Isso corresponde a uma dimensão sociocultural singular do indivíduo, que nada mais é do que a construção do itinerário terapêutico.

Desse modo, compreender os caminhos e as diferentes trajetórias pelos quais o usuário busca o cuidado, implica em reconhecer as redes sociais como elemento fundamental na busca desse Itinerário (PINHEIRO; MARTINS, 2009). As redes sociais, segundo os autores, são mecanismos importantes para explicar novas formas de solidariedade no plano local e para se pensar a lógica do usuário. É uma das formas de representação dos relacionamentos afetivos ou profissionais dos seres entre si ou entre seus agrupamentos de interesses mútuos. A rede é responsável pelo compartilhamento de ideias entre pessoas que possuem interesses e objetivo comuns e também valores a serem compartilhados. Assim, um grupo de discussão é composto por mulheres que possuem identidades semelhantes.

De acordo com Bonet e outros (2009, p. 247), o conceito de rede é “um instrumento para perseguir a tessitura do mundo. O mundo não tem, necessariamente, o formato de rede, mas observar as redes que atravessam o mundo vai nos possibilitar compreender seu formato”. Para Fritjof Capra (2003), as redes sociais são redes de comunicação que envolvem a linguagem simbólica, os limites culturais e as relações de poder. São também consideradas como uma medida de política social que reconhece e incentiva a atuação das redes de solidariedade local no combate à pobreza e à exclusão social e na promoção do desenvolvimento local. Dessa forma, constituem-se em instrumentos formais de análise, revelam novas formas de ação política e cultural, pois articulam-se a partir de uma lógica particular que se baseia em sistemas de prestações, de dádivas, envolvendo todos os membros da coletividade (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

A rede pode ser definida, nos termos de Latour e Woolgar (2006<sup>5</sup> apud BONET et al., 2009, p. 189), como "uma cadeia de ações na qual cada participante deve ser tratado como um mediador". Isto quer dizer que cada ator produz mudanças nos outros; cada ator tem de ter a capacidade de fazer com que os outros façam coisas. Portanto, segundo Bonet e outros (2009), não produzir modificações os transformaria em meros intermediários.

Em uma perspectiva mais ampla de interação entre sujeitos, as redes sociais são capazes de expressar ideias políticas e econômicas inovadoras com o

---

<sup>5</sup> LATOUR, B.; WOOLGAR, S. **Changer de société**: refaire de la sociologie. Paris: La Découverte, 2006.



surgimento de novos valores, pensamentos e atitudes. Esse segmento que proporciona a ampla informação a ser compartilhada por todos, sem canais reservados, e que fornece a formação de uma cultura de participação é possível graças ao desenvolvimento das tecnologias de comunicação e da informação, à globalização, à evolução da cidadania e à evolução do conhecimento científico sobre a vida (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

A lógica do usuário na saúde passa por uma rede de solidariedade, que é composta por mecanismos de reconhecimento e de dádiva. Nesse sentido, é importante a participação e a mobilização dos atores nas esferas públicas de decisão, ressaltando a necessidade de maior autonomia política e administrativa para se repensar os modos de organização do sujeito social (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Para Volcan e outros (2003), o apoio é fornecido pelas redes sociais, como: família, amigos, relações de trabalho e relações comunitárias – de serviço de saúde e pela religiosidade/espiritualidade – sendo a espiritualidade, cada vez mais, apontada como importante recurso para a promoção de saúde mental e física, auxiliando na redução da angústia relacionada a doenças. Acreditamos, portanto, que para o Sistema de Saúde dar conta de atender aos usuários em sua integralidade, valorizando as redes sociais e os itinerários, torna-se necessário fazer mudanças, tanto estruturais quanto organizacionais, na conformação dos serviços de saúde. Sabe-se que o sistema de saúde do Brasil ainda é fragmentado e com componentes fortemente impregnados pelo modelo biomédico, além de não responder, de forma satisfatória, às necessidades dos usuários. Nesse sentido, é conveniente levantar uma breve discussão sobre a lógica em orientar a concepção de redes de atenção à saúde, como proposta para a consolidação de um sistema de saúde integral.

### 3.5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As redes de atenção à saúde, ainda que tenham suas origens na década de 1920, no Reino Unido, a partir da concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde, tomam forma, contemporaneamente, com os sistemas integrados de saúde,

uma proposta surgida no início dos anos 1990, nos Estados Unidos da América (EUA). Isso significa que foi gestada, modernamente, no ambiente de um sistema segmentado com hegemonia do setor privado. Dessa forma, dos EUA foi levada, com as adaptações necessárias, a sistemas de saúde públicos e privados de outros países (SHORTELL et al., 1996 apud MENDES, 2007). Segundo os autores, os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde caracterizam-se por:

[...] foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um continuum; sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços através do continuum de cuidados; informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores, profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados (SHORTELL, 1996<sup>6</sup> apud MENDES, 2007, p. 4).

Segundo Mendes (2007), os sistemas de atenção à saúde são definidos pela World Health Organization (WHO) como “o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000, p. 5). Desse modo, eles são uma resposta às necessidades, demandas e representações das populações. Para isso, é preciso que exista uma distribuição equitativa dos serviços, garantia de uma proteção adequada dos riscos, acolhimento humanizado, garantia da prestação de serviços efetivos e de qualidade e garantia da prestação de serviços com eficiência (MENDES, 2002).

A World Health Organization (2000<sup>7</sup> apud MENDES, 2007), por meio do relatório anual sobre a saúde do mundo, propõe critérios para o desenho das redes de atenção à saúde, ainda que não mencione, especificamente, a palavra “rede”, mas integração do sistema. Prosseguindo na lógica desses estudos, a World Health Organization, examinando as reformas sanitárias recentes na Europa, aponta para a necessidade de novos arranjos organizativos para prestação dos serviços de saúde. A necessidade de alcançar maior integração dos serviços tem sido reconhecida por

---

<sup>6</sup> SHORTELL, S. M. et al. **Remaking health care in America**: building organized delivery systems. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

<sup>7</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

importantes documentos estratégicos da saúde na Europa, como a Carta de Liubliana e o documento sobre saúde para todos no século XXI (MENDES, 2007).

Em uma abordagem teórica, dois tipos de sistemas são identificados: os fragmentados e os de redes de atenção à saúde. Nos sistemas fragmentados, o conjunto de pontos de atenção à saúde não se intercomunicam, dificultando a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. Dessa forma, a integralidade fica comprometida e o usuário não tem as suas necessidades de saúde atendidas. Já no modelo integrado, os pontos de atenção à saúde formam uma rede que atende a uma população definida. A assistência é contínua e integral, com comunicação entre os diferentes níveis (MENDES, 2010).

Conceitualmente, segundo Mendes (2002), também existem diferenças claras entre os tipos de sistemas, sendo possível destacar algumas fundamentais: no sistema fragmentado, há uma hierarquização, que estabelece níveis de complexidade no atendimento ao usuário. Já nas redes de atenção à saúde existe a poliarquia, definida por uma rede horizontal em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, sem ordem e sem grau de complexidade, diferenciando-se somente pela densidade tecnológica.

É preciso compreender que a lógica do sistema fragmentado somente atua sobre as doenças e condições patológicas já estabelecidas, desconsiderando os determinantes sociais, os fatores de risco e os riscos fisiológicos. Podemos inferir que a hegemonia do sistema fragmentado é fortalecida pela prática do modelo assistencial predominante. Segundo Machado (2007, p. 338), “[...] o modelo comumente praticado na saúde, em geral, consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários”. O autor destaca, também, que para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial pautado “no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde” (MACHADO, 2007, p. 338). Observa-se, ainda, o predomínio do atendimento centrado no médico no qual o usuário se comporta de forma passiva e a participação da comunidade é inexpressiva. No bojo de tal discussão, a mudança deste sistema fragmentado e hegemônico é necessária e urgente. Daí a importância das redes de atenção à saúde.

Mendes (2009a) considera ainda outro conceito sobre as redes de atenção à saúde, esclarecendo que as redes são organizadas “em arranjos produtivos

híbridos”, o que significa dizer que há uma combinação entre a dispersão e a concentração dos serviços. De modo geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser descentralizados, ao contrário dos serviços de maior densidade tecnológica, que tendem a ser concentrados: unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, entre outros.

É importante destacar que o modo de organização das “redes de atenção à saúde” define seu processo descentralizador, uma vez que os serviços de saúde estruturam-se em uma rede de pontos de atenção, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima. Para Mendes (2009b), as redes se constituem de três elementos importantes para sua conformação: a população, a estrutura operacional ou os componentes das redes de atenção à saúde e o modelo de atenção à saúde.

No mesmo sentido mencionado, Boelen (2000) afirma que para a definição de uma população e de um território é fundamental que primeiro se busque o tamanho ideal dessa população. Esclarece, ainda, que essa população deve corresponder a um distrito sanitário definido como uma região sanitária onde alguma forma de governança mesorregional sanitária se dá sobre uma rede de atenção que tenha no seu ápice um hospital geral (ASHTON, 1998<sup>8</sup> apud MENDES, 2007). Em relação à estrutura operacional das redes de atenção à saúde, que se materializa em cinco componentes, Mendes (2009a) destaca: os pontos de atenção à saúde são lugares institucionais que oferecem serviços de atenção secundária e terciária como, por exemplo, as unidades ambulatoriais, os centros de apoio psicossocial, de especialidades odontológicas, de enfermagem, de convivência para idosos, entre outros. O centro de comunicação da rede de atenção à saúde é o local onde se coordenam “os fluxos e os contrafluxos” do sistema de serviços da saúde, sendo constituído pela atenção primária à saúde. Os sistemas de apoio prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, diagnóstico, terapêutico, farmacêutico e de informação em saúde. Cada um desses subsistemas, todavia, possui características próprias e peculiaridades. Os sistemas logísticos são “soluções tecnológicas” que garantem uma organização racional das informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde. O último componente das redes

---

8 ASHTON, J. Health for all: from myth to reality. **Changing medical education and medical practice**, Geneva, v. 14, p. 1-2, 1998.

de atenção à saúde são os sistemas de governança das redes, que envolvem a definição de uma institucionalidade de gestão e o uso de instrumentos gerenciais.

O modelo de atenção à saúde, outro elemento importante para a construção das redes, é definido pelo mesmo autor como “um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias” (MENDES, 2009a, p. 55). Nesse sentido, o autor chama atenção para o fato de que “todo modelo de atenção à saúde leva em consideração, portanto, as condições demográficas e epidemiológicas, além dos determinantes sociais da saúde, para definição de suas características” (MENDES, 2009a, p. 55).

De acordo com Paim (1999), o modelo de atenção à saúde é a forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologia (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. O atual modelo de atenção à saúde inclui elementos de diferentes modelos, ao propor ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo quanto à família e comunidade, por meio de serviços assistenciais (ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico), além de serviços de vigilância em saúde (ambiental epidemiológica e sanitária).

Na literatura internacional, há uma variedade de modelos de atenção à saúde adotados em diferentes lugares, para dar conta das condições crônicas. Eles podem ser divididos em modelos amplos e em modelos restritos de atenção à saúde. Entre os primeiros, destacam-se: o modelo de atenção às condições crônicas, o modelo expandido de atenção às condições crônicas, o modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas, o modelo de saúde pública e o modelo da continuidade da atenção (MENDES, 2009a).

Cabe ressaltar que os modelos ainda não foram aplicados, integralmente, na realidade brasileira, mas muitos de seus elementos estão presentes na implantação de redes de atenção à saúde de alguns municípios, como Curitiba, por exemplo. Mendes (2009a) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no SUS e que tem sido discutido para a construção de redes de atenção à saúde de Minas Gerais (MENDES, 2009a).

Existe hoje, no SUS, uma grave crise do modelo de atenção à saúde devido à incoerência entre a situação epidemiológica (dupla carga de doença com predominância das condições crônicas – cerca de 75% da carga de doença) e o modelo de organização dos serviços voltado para o privilégio das condições agudas. Para Mendes (2009c), um modelo de atenção à saúde deve ser coerente com a condição predominante no país: quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. Para o enfrentamento de tais problemas, que, dada a sua complexidade, implicam várias outras reflexões, Scherer, Marino e Ramos (2004, p. 54) destacam que “a superação da crise estrutural sanitária exige mudança substantiva no modelo médico, o que implica um novo sistema, mudanças políticas, culturais e cognitivo-tecnológicas”

A situação de saúde de forte predomínio relativo das condições crônicas não pode ser respondida com eficiência, efetividade e qualidade por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas e, ainda, organizados de forma fragmentada. Nesse sentido, Mendes (2010), referenciando-se em Ham (2007)<sup>9</sup>, afirma que:

O paradigma predominante da condição aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção, a condição aguda é o que representa, diretamente, a ameaça. Mas a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas (HAM, 2007 apud MENDES, 2010, p. 2299).

Na mesma linha, a Organização Mundial da Saúde adverte, de forma incisiva, que os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona (MENDES, 2010).

Uma explicação para essa crise é feita por Bengoa (2008<sup>10</sup> apud MENDES, 2010), quando assinala que os sistemas de atenção à saúde movem-se em uma

---

<sup>9</sup> HAM, C. **Evaluations and impact of disease management programmes**. Bonn: Conference of Bonn, 2007.

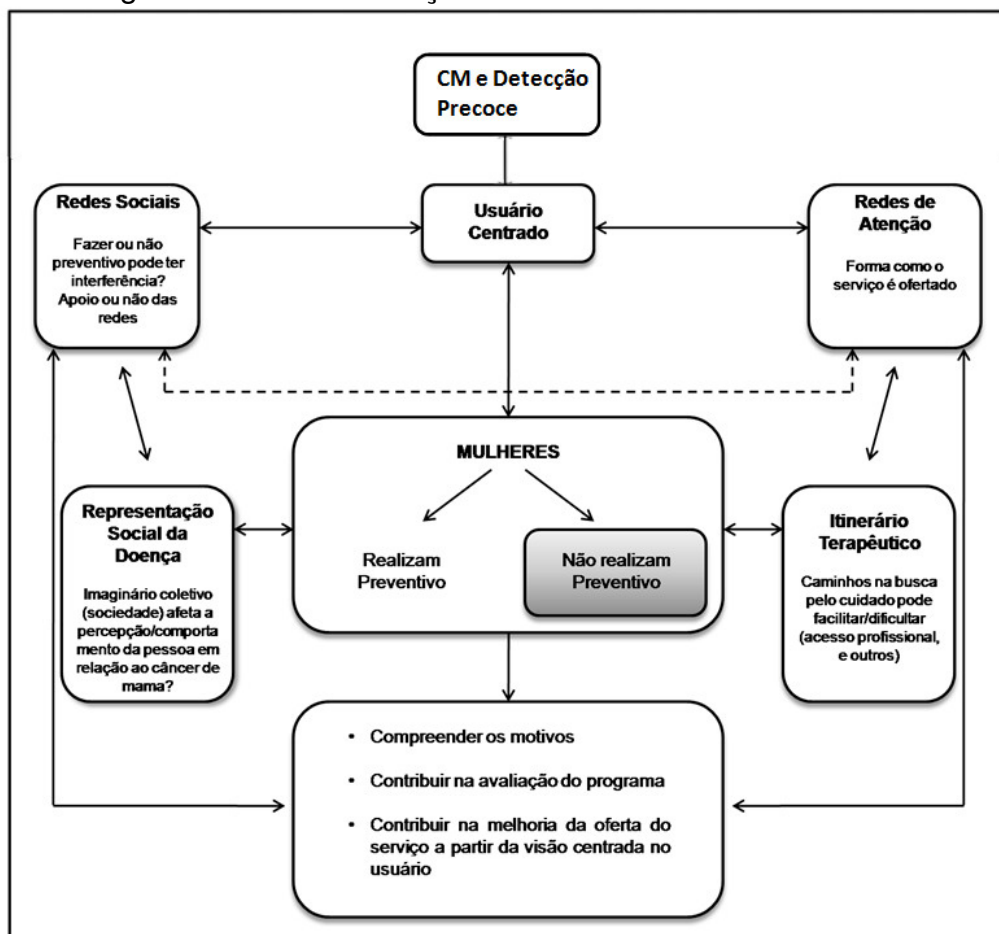
<sup>10</sup> BENGUA, R. Empatanados. **Revista de innovación sanitaria y atención integrada**, v.1, n.1, 2008. Disponível em: <<http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1006&context=risai>>. Acesso em: 5 mar. 2012.

relação dialética entre fatores contextuais como envelhecimento da população, transição epidemiológica e inovação tecnológica, além de fatores internos como cultura organizacional, recursos institucionais, sistemas de incentivo, estrutura organizacional e estilos de liderança e gestão.

Prosseguindo na lógica desses estudos, outro exemplo se encontra nas contribuições de Mendes (2004), onde são marcantes as preocupações referentes à situação do sistema de saúde brasileiro. Segundo o autor, a solução do problema fundamental do SUS consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde de dupla carga de doenças, com predominância relativa forte de condições crônicas, e a rede de atenção à saúde. Isso vai exigir mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado vigente por meio da implantação de redes de atenção à saúde.

No esforço de sistematizar o raciocínio da presente pesquisa, elaboramos um diagrama com os grandes conceitos e propósitos deste trabalho (Figura 1).

**Figura 1** – Diagrama de sistematização do estudo



Fonte: A autora

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

### 4.1 MÉTODO DO ESTUDO

O ponto de partida para a realização deste estudo foram os resultados preliminares de uma pesquisa quantitativa de abordagem epidemiológica intitulada “*Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG*” (Anexo A). A coleta dos dados da investigação foi realizada no período de 27 de março a 29 de junho de 2010 e está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFJF (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2011)<sup>11</sup>. Este inquérito permitiu coletar dados para a construção de indicadores associados à saúde e não apenas à doença, assim como sobre os fatores de risco e os determinantes sociais do processo saúde/doença. A abordagem do CM possibilitou identificar um perfil quantitativo de cobertura das ações de prevenção e controle do CM (autoexame, exame de mama e mamografia). Os resultados obtidos foram capazes de identificar desfechos que apontam o quantitativo de mulheres que realizam ou não medidas de controle, tratamento e prevenção do CM. No entanto, tais resultados não foram capazes de explicar/compreender as diferenças encontradas.

A partir dessa lacuna, optamos por realizar uma pesquisa de natureza qualitativa com as mulheres que responderam não terem realizado a mamografia. Compreender a negação e os motivos da não realização poderá averter análises avaliativas que contribuirão para ampliação de cobertura e conseqüentes mudanças de indicadores epidemiológicos.

De acordo com Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa é multimetodológica quanto a seu foco, envolvendo abordagens interpretativas e naturalísticas dos assuntos. Isso significa que o pesquisador qualitativo estuda coisas em seu ambiente natural, tentando dar sentido ou interpretar os fenômenos, segundo o significado que as pessoas lhe atribuem.

---

<sup>11</sup> UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde. **Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora – MG**: relatório técnico. Juiz de Fora, 2011. Trabalho não publicado.



Para Minayo (2010), o método qualitativo se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao universo mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Trata-se de uma pesquisa exploratória e de campo, cujos referenciais metodológicos decorrem dos princípios da pesquisa qualitativa. Tal abordagem se justifica em estudos dessa natureza cujo enfoque está além das respostas acerca do problema, porque a pesquisa qualitativa, conforme define Debus (1997), proporciona uma compreensão aprofundada dos fenômenos, além de ter um caráter interpretativo, para além do descritivo.

Na apreensão do objeto, estão implicados os conhecimentos e os valores do pesquisador, sendo que estes poderão influenciar na forma com que os resultados serão apresentados. De acordo com Turato (2003), tal entendimento não implica o fato de o estudo ser menos científico e, sim, a necessidade de consciência desse fato, para que seus resultados possam contribuir com estudos futuros, a partir de olhares de outro investigador, permitindo melhor compreensão de determinada realidade.

#### 4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram mulheres, que participaram do inquérito, na faixa etária acima de 60 anos, perfil de escolaridade de nível básico, condição socioeconômica baixa e residentes na região norte do município de Juiz de Fora - MG. O trabalho inicial foi constituído de um universo de 280 mulheres entrevistadas, das quais 251 responderam à pergunta do instrumento de coleta do referido inquérito populacional: "Você já realizou mamografia alguma vez na vida?". Das 251 respondentes, 77 nunca realizaram exame (30,7% das respostas válidas) e as 174 restantes afirmaram já tê-lo realizado. Para o presente estudo, foi feito um recorte no número total das 251 mulheres. Os critérios de inclusão adotados foram caracterizados partindo do universo das 77 mulheres que afirmaram nunca terem realizado mamografia na vida e que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Os critérios de exclusão foram: as mulheres que, por motivos particulares, não

desejaram participar do estudo, as que não foram localizadas e as que não apresentavam condições físicas e psíquicas para participar do grupo focal.

Mulheres de 60 anos não formam um bloco homogêneo, pertencem a universos econômicos e sociais distintos e as percepções do corpo e questões de saúde, variam de acordo com o local social de cada uma. O conjunto de mulheres que representa os sujeitos de estudo é de segmento social mais desfavorecido economicamente e expressa a percepção do corpo de uma geração.

Para a localização dos sujeitos desta pesquisa, foi realizada uma fase exploratória. Nesse momento, a pesquisadora buscou localizar as fichas do inquérito epidemiológico referido anteriormente, para iniciar a organização do material e, posteriormente, iniciou-se à ida ao campo. A partir de então, o primeiro passo foi localizar as 77 fichas das mulheres que responderam que não realizaram a mamografia. De posse de tais fichas, foram feitas leituras criteriosas com o objetivo de captar as variáveis: nome de identificação da mulher, idade e endereço. Uma das dificuldades encontradas nesse momento foi quanto à organização e identificação correta das fichas, pois deparamo-nos com problemas como: endereços ilegíveis ou incompletos e, inclusive, a não localização de algumas fichas. Tal fato levou à maior demanda de tempo e perda de mulheres. Uma ficha não foi encontrada e 3 endereços estavam incompletos. O universo das 77 mulheres passou a ser então de 73 integrantes. Dúvidas de endereços foram esclarecidas recorrendo a um programa de localização por meio da internet. No final de tal etapa, foi gerado um relatório com o resumo das 73 fichas.

#### 4.3 CENÁRIO DE ESTUDO

Para o desenvolvimento deste trabalho, o campo de pesquisa foi a zona norte do município de Juiz de Fora - MG e suas respectivas unidades de saúde de referência das mulheres estudadas: Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) com ou sem Saúde da Família e Unidade Regional Norte.

O município de Juiz de Fora está situado no Estado de Minas Gerais, na Zona da Mata Mineira, sendo o quarto maior do estado, com uma população de 526.706 habitantes (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2009). Sua

localização é privilegiada devido à proximidade com as principais metrópoles do sudeste brasileiro. Está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano, ocupando a 9ª posição no Estado de Minas e a 145ª posição no país.

A população de idosos tem aumentado acima da média brasileira. De 2000 a 2008, o percentual desse segmento subiu de 10,57% para 11,10%, permanecendo acima da média nacional, que é de 10,20%, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

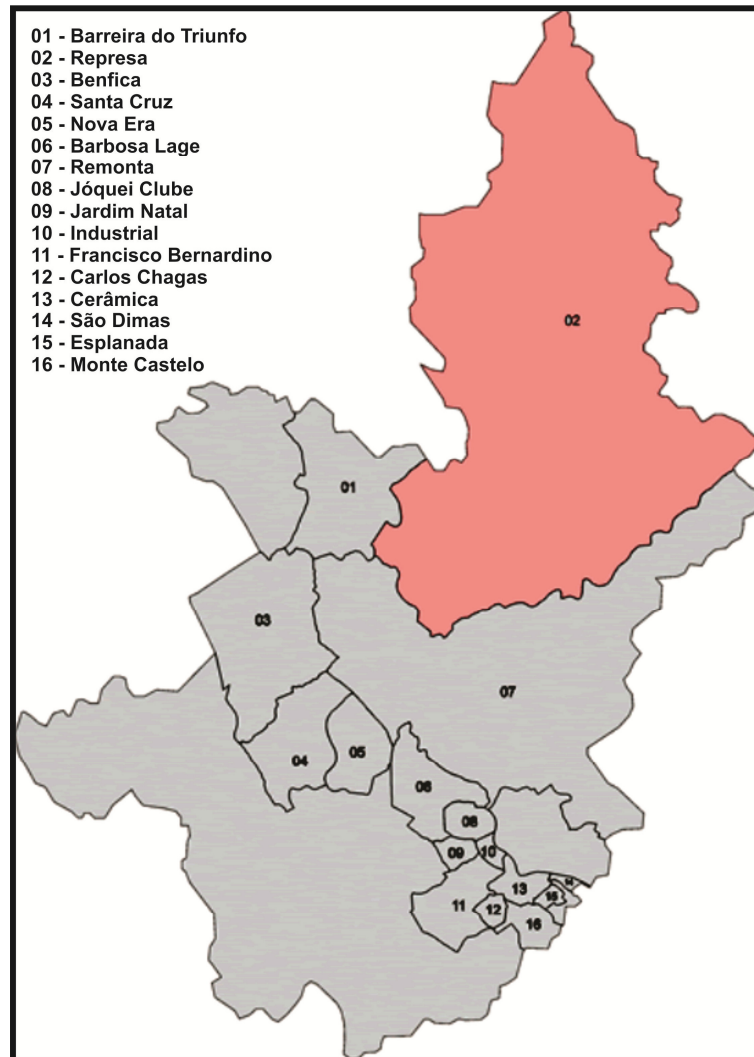
Com relação à rede de serviços de saúde, o município conta com um total de 276 estabelecimentos de saúde, sendo 94 públicos. Entre os estabelecimentos públicos, 84 são municipais e destes 58 são Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), distribuídas nas oito regiões administrativas da cidade. Existem 43 UAPS na região urbana e 15 na região rural, sendo que 34 atuam com a Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando 84 equipes (em média 3.000 habitantes por equipe). A cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) equivale a 56% da população coberta pela ESF e 79% pela unidade de saúde tradicional. Os percentuais de cobertura constituem um dos obstáculos para a garantia da universalidade do acesso e a integralidade da atenção, bem como a organização de redes assistenciais complementares.

Apesar de contar com alto índice de desenvolvimento humano e inúmeros estabelecimentos de saúde, Juiz de Fora ainda precisa avançar para superar problemas evitáveis e típicos de cidades com baixo grau de desenvolvimento, como a prevalência de índices significativos de câncer de mama percebido no município (JUIZ DE FORA, 2010).

A zona norte do município de Juiz de Fora é geograficamente dividida em três distritos e uma sede que possui sete regiões. Estas, por sua vez, subdividem-se em 82 bairros e 12 distritos rurais. Agrega situações variadas de cobertura de saúde, com áreas atendidas pela Atenção Primária à Saúde com e sem Estratégia de Saúde da Família e Atenção Secundária, com uma Unidade Regional Norte que conta com um pronto-atendimento acoplado. Apesar de ser a região com maior número de equipes de APS, possui áreas descobertas de Atenção Primária à Saúde, sendo o nível secundário instalado uma das referências (JUIZ DE FORA, 2010).

A Figura 2, a seguir, apresenta um Mapa da distribuição dos bairros da zona norte de Juiz de Fora, MG:

**Figura 2 – Mapa da distribuição dos bairros da zona norte de Juiz de Fora - MG**



Fonte: Adaptado de Juiz de Fora<sup>12</sup>

A zona norte de Juiz de Fora possui uma grande variabilidade de condições socioeconômicas e de saúde, capaz de agregar características das várias outras regiões do município. Concentra o segundo maior contingente populacional do município (20,51%) e o segundo maior parque industrial da cidade (20,94% dos empreendimentos). Possui a maior concentração de assentamentos subnormais do município (1.998 domicílios). Outro aspecto importante da região é possuir a maior concentração de programas sociais (inclusive para a terceira idade).

<sup>12</sup> JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. **Cidade**: mapas de JF – região norte. Disponível em: <[http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/mapas/mapa\\_norte.php](http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/mapas/mapa_norte.php)>. Acesso em: 5 mar. 2012.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A técnica do grupo focal (GF) foi utilizada como instrumento de coleta de dados. Krueger (1996) a descreve como sendo a reunião de um número reduzido de pessoas, com características comuns, organizadas em grupos, objetivando a produção de dados qualitativos a partir da discussão de um tema focalizado.

A escolha por essa técnica se deve ao fato de ser apropriada a pesquisas qualitativas, por apresentar um tema de discussão específico (prevenção de CM), cuja finalidade foi explorar e deixar emergir as diferentes visões sobre o assunto. Minayo (2010) acrescenta que a discussão sobre o tema focalizado no grupo focal pode se apresentar sob a forma de entrevista ou conversa informal e acrescenta a profundidade dos dados qualitativos obtidos com a técnica.

Para a realização dos GFs, participaram, além das mulheres deste estudo: a facilitadora do grupo representada pela pesquisadora; uma observadora, que registrou, sob forma de relatório, outras informações que não as verbais, como gestos, posturas e olhares, representada por uma médica de família e ex-aluna de programa de mestrado. O relatório foi discutido entre a facilitadora e a observadora após o término da sessão de cada grupo, para que se evitassem perdas das informações colhidas. As conversas durante a realização dos grupos foram gravadas, utilizando-se dois aparelhos de MP4 para que se garantisse, ao máximo, a veracidade dos relatos. Cada gravador ficou em um ponto distinto da sala, para melhor captação dos relatos e as integrantes se posicionavam livremente em um círculo organizado em torno de uma mesa. Foi oferecido um café para as mulheres participantes na tentativa de se propiciar um ambiente acolhedor.

A questão central que orientou a conversa nos GFs foi entender “o motivo pelo qual as mulheres não realizaram a mamografia”. Um roteiro orientador (Apêndice B) auxiliou o desenvolvimento da conversa, a partir de três perguntas precedidas de um pequeno parágrafo introdutório, baseado nos referenciais adotados, que serviram para o debate (FARAH, 2006).

No contato inicial com as mulheres, a facilitadora recebeu cada integrante do grupo de maneira cordial, identificou-se e apresentou a observadora. Explicou os propósitos do encontro, ou seja, esclareceu todos os aspectos referentes ao trabalho, seus objetivos e, na sequência, passou-se à assinatura do TCLE, e o

preenchimento de uma ficha para obtenção de informações básicas e identificação das participantes (Apêndice C). Em seguida, foram destacadas algumas orientações para melhor operacionalização do GF (Apêndice D).

Cumpre evidenciar que tanto a observadora como a facilitadora se posicionaram dentro do círculo, o que não comprometeu o andamento do grupo. Em apenas um GF houve certo desconforto das mulheres quanto à gravação de suas falas, percebido pela demonstração de receio, de algumas, em falar abertamente de suas experiências. Naquele momento, reforçou o esclarecimento de que todas as falas seriam sigilosamente resguardadas e de que as participantes não seriam identificadas pelos seus nomes, mas por nomes fictícios, respeitando o anonimato. Foi-lhes informado que seriam identificadas, no momento em que se expressassem, por tarjetas com nomes de flores escolhidas por elas. Após essa informação, observou-se certa descontração do grupo.

A formação dos GFs foi definida, utilizando-se como representação a tipologia dos serviços na zona norte, UAPS – com ou sem Saúde da Família – e uma Unidade Regional Norte. Os endereços das 73 mulheres foram cruzados com a regionalização da rede assistencial da atenção básica à saúde de Juiz de Fora - MG (Apêndice E). Dessa forma, as mulheres foram agrupadas pelas unidades de saúde de referência identificadas – UAPS tradicional, UAPS/ESF e Unidade Regional Norte.

No final desse processo, totalizaram, em um primeiro momento, oito unidades de saúde eleitas para realização dos GFs. Estas unidades foram identificadas por nomes fictícios como Sol, Lua, Manhã, Terra, Estrela, Maresia, Caminho e Anoitecer, como forma de resguardar o anonimato das mesmas. Para cada unidade, foi prevista a possibilidade da realização de um GF, cuja composição respeitou o limite máximo de 12 participantes. As unidades cujo número de possíveis participantes esteve acima do preconizado pela literatura, para GF, foram redistribuídas. O Quadro 1, a seguir, apresenta a sistematização da seleção dos serviços de saúde, a distribuição das mulheres e a formação dos GFs.

**Quadro 1** – Unidades de Saúde selecionadas, em um primeiro momento, para a realização dos GFs

MODELOS DE US	UNIDADES DE SAÚDE	COMPOSIÇÃO DOS GFs	NÚMERO DE INTEGRANTES
<b>UAPS Tradicional</b>	Sol	8 mulheres → 1 GF	15 mulheres
	Lua	7 mulheres → 1 GF	
<b>Unidade Regional Norte</b>	Manhã	11 mulheres → 1 GF	11 mulheres
<b>UAPS com ESF</b>	Terra	9 mulheres → 1 GF	47 mulheres
	Estrela	17 mulheres → 1 GF	
	Maresia	6 mulheres → 1 GF	
	Caminho	5 mulheres → 1 GF	
	Anoitecer	10 mulheres → 1 GF	
<b>Total</b>	<b>8 Unidades de saúde</b>	<b>8 GF</b>	<b>73 mulheres</b>

Fonte: A autora

A partir de então, planejou-se o primeiro contato, por telefone e pessoalmente, com as oito gerentes das respectivas unidades de saúde, para se agendar um encontro com o objetivo de explicar a pesquisa e solicitar que as mesmas esclarecessem a proposta do estudo para os demais integrantes da equipe. Esta etapa ocorreu durante o período de setembro a outubro de 2011.

Cabe destacar que, em algumas unidades, não foi possível realizar os GFs devido à dificuldade de contato telefônico e agendamentos com alguns gerentes de UAPS. Dessa forma, ao final desse processo, obteve-se uma perda de duas unidades de saúde. Foram excluídas as unidades de saúde Terra e Anoitecer. O universo de 73 mulheres, portanto, passou para 54. Quanto à unidade Anoitecer, além dos contatos feitos por telefone com a gerente, a pesquisadora foi por duas vezes na referida unidade e, ainda assim, não conseguiu realizar o GF naquele local. A exclusão dessas duas unidades gerou um momento de grande desconforto para a pesquisadora, pois tais unidades agrupavam um número expressivo de mulheres que comporiam os GFs (19 mulheres). Restaram, então, seis unidades de saúde para agendamento e posterior realização dos GFs. Tais unidades representaram: duas UAPS/Tradicional (Sol e Lua), três UAPS/ESF (Estrela, Maresia

e Caminho) e uma Unidade Regional Norte (Manhã). No entanto, no período de realização do GF, houve a perda da UAPS Sol, devido ao não comparecimento das mulheres no dia marcado para a realização do GF, apesar de terem sido previamente convidadas pelo conselheiro local de bairro (CLB). Já o GF da UAPS/Maresia não foi realizado por saturação de dados, após a concretização dos GFs nas outras unidades precedentes. Entendemos que o material coletado já era suficiente para início da interpretação dos dados e a unidade com representação, por ser uma UAPS/ESF.

A realização dos GFs foi em função do agendamento marcado com os gerentes das respectivas unidades e aconteceu, respectivamente, nas unidades de Estrela, Lua, Manhã e Caminho. Neste momento, com a exclusão de mais duas UAPS, o universo amostral passou de 54 mulheres para 40 mulheres. O Quadro 2, a seguir, sintetiza essas informações:

**Quadro 2** – Composição final dos grupos por unidades de saúde

<b>UNIDADES DE SAÚDE</b>	<b>COMPOSIÇÃO DOS GFS</b>	<b>NÚMERO DE INTEGRANTES</b>
UAPS Tradicional	Lua	7 mulheres
Unidade Regional Norte	Manhã	11 mulheres
UAPS com ESF	Estrela	17 mulheres
	Caminho	5 mulheres
<b>Total</b>	<b>4 Unidades de saúde – 4 GF</b>	<b>40 mulheres</b>

Fonte: A autora

As informações sobre a caracterização das unidades com suas equipes e das atividades que realizam foram fornecidas pela equipe de coordenação da subsecretaria de APS da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (SMS/JF) e gerentes das respectivas unidades de saúde (Anexo B).

Cumpramos assinalar que a identificação e composição dos grupos focais ficou assim definida: Unidade Estrela – GF 1: UAPS/ESF inicialmente com 17 mulheres, sendo que estiveram presentes três integrantes (Azaleia, Girassol e Margarida); Unidade Lua – G F2: UAPS/Tradicional, inicialmente com sete mulheres, ficou com



quatro integrantes (Dália, Gardênia, Lírio e Orquídea); Unidade Manhã G F3: Unidade Regional Norte, inicialmente com 11 mulheres, com participação de três integrantes (Jasmim, Violeta e Hortência) e a Unidade Caminho G F4: UAPS/ESF, inicialmente com cinco mulheres, com a presença de três integrantes (Cravo, Camélia e Amor-perfeito). Os GFs foram realizados durante os meses de novembro e dezembro de 2011, com intervalo aproximado de uma semana entre os grupos, o que foi considerado satisfatório pela pesquisadora. Tiveram duração de aproximadamente uma hora cada. Por conseguinte, do universo de 40 mulheres, conforme já apresentado no Quadro 2, passou para 13 sujeitos. O Quadro 3 sistematiza os GFs realizados, de fato, na pesquisa:

**Quadro 3** – Caracterização das 4 unidades de referência, identificação dos GF, composição dos integrantes e total de integrantes que compareceram no GF

UNIDADE DE REFERÊNCIA	IDENTIFICAÇÃO DO GF	COMPOSIÇÃO DOS INTEGRANTES	TOTAL DE INTEGRANTES DE CADA GF
Estrela	GF1 – UAPS/ESF	Azaleia, Girassol e Margarida	3
Lua	GF2 – UAPS/Tradicional	Dália, Gardênia, Lírio e Orquídea	4
Manhã	GF3 – Unidade Regional Norte	Jasmim, Violeta e Hortência	3
Caminho	GF4 – UAPS/ESF	Cravo, Camélia e Amor-perfeito	3
<b>TOTAL</b>			<b>13 mulheres</b>

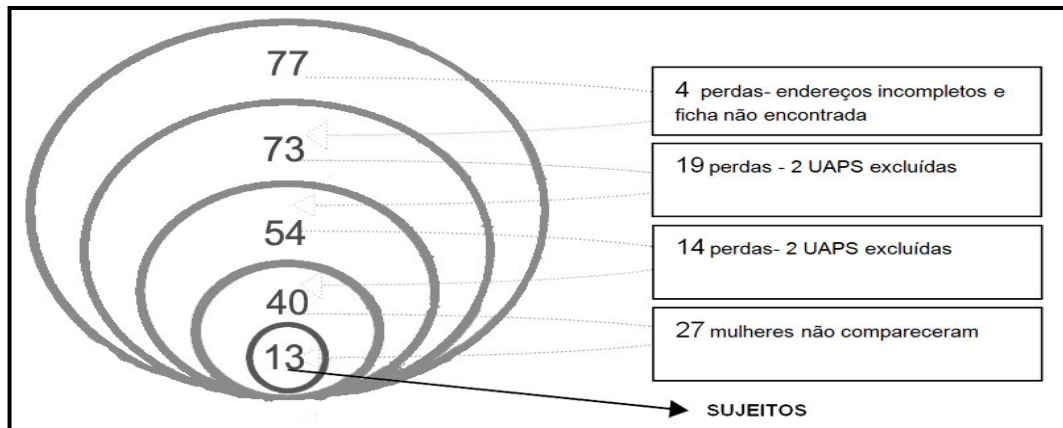
Fonte: A autora

Segundo Debus (1997), a dimensão de um grupo depende dos objetivos e finalidades estabelecidas. Se o que se pretende é maximizar a profundidade de expressão de cada participante, um grupo pequeno funciona melhor. Trad (2009) esclarece que o tamanho ótimo para um grupo focal é aquele que permita a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas.

Sumariamente, a maior dificuldade para a operacionalização desses grupos foi recrutar essas mulheres. Observamos que, mesmo realizando os agendamentos dos grupos de acordo com a disponibilidade oferecida por elas, ainda assim seu comparecimento não foi unânime. O universo reduzido a 13 mulheres (Figura 3) se

deu em função de motivos como: confirmação da presença e não comparecimento no dia da reunião, endereços não encontrados, integrantes que não estavam em casa na hora da entrega dos convites (Apêndice F) para participação no GF:

**Figura 3** – Universo de sujeitos deste estudo e motivo das respectivas perdas



Fonte: A autora

O contato com as mulheres foi realizado por meio da pesquisadora através de “informantes-chave” das unidades em questão como: agentes comunitários de saúde (ACS) e conselhos locais de saúde (CLS), cujo contato foi possível por intermediação dos gerentes das unidades de saúde envolvidas. De acordo com estudo no Caderno de Atenção Básica: “*Envelhecimento da Saúde da Pessoa Idosa*” (BRASIL, 2006, p. 24): “Na divulgação do grupo é essencial o envolvimento dos agentes comunitários de saúde (ACS), que, a partir das visitas domiciliares podem incentivar a participação do público alvo”. Vale lembrar que tanto os ACSs como os CLSs foram peças fundamentais para a realização desta pesquisa, uma vez que foram o “elo” entre a pesquisadora e as mulheres, sujeitos do estudo. Eles foram responsáveis pelas entregas dos convites e empenho em reforçar, junto às mulheres, a importância da participação nos GFs.

As gravações dos diálogos foram transcritas, posteriormente, na íntegra. Após a transcrição das falas, realizou-se uma análise preliminar das informações. Esses comentários finais foram críticas e confissões mais precisamente a respeito da má qualidade dos atendimentos da equipe de saúde. Confissões do uso da rede social para obter atendimento como algo “errado”. Acreditamos que as críticas e

confissões, após o desligar da gravação, provêm do medo de serem reconhecidas e “punidas”.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, é oportuno destacar que todos os instrumentos desenvolvidos, tanto para o levantamento das informações básicas (identificação) dos sujeitos do estudo, quanto para a utilização do cenário de estudo, estão de acordo com a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996). Portanto, todos os direitos dos envolvidos foram criteriosamente assegurados, o que permitiu a aprovação pelo Comitê de Ética da UFJF, conforme documento (Anexo C).

#### 4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Para realização a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo desenvolvida por Bardin e definida por Minayo (2010, p. 316) como técnica de tratamento de dados que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. Seguindo tal referência, a análise foi realizada em três etapas:

- Fase de pré-análise;
- Exploração do material;
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Inicialmente (fase pré-análise), fez-se um levantamento de dados transcritos. Posteriormente, na segunda fase, foram realizadas várias leituras do material, explorando os depoimentos mais significativos, com vistas a eleger as unidades temáticas. Operacionalizou-se essa análise codificando trecho a trecho com o auxílio

do programa *OpenLogos*®<sup>13</sup>. Foram geradas unidades temáticas que representaram as respectivas categorias. Para elaboração das unidades temáticas, teve-se o cuidado de verificar que as mesmas foram constituídas pela descrição e pela visão de mundo dos entrevistados, além de considerar também, nessa etapa, a dimensão subjetiva e qualitativa dos depoimentos (GIBBS, 2009).

O Quadro 4, a seguir, mostra como foram qualificadas as unidades temáticas que passaram a compor as categorias empíricas deste estudo.

**Quadro 4** – Apresentação das unidades temáticas

UNIDADES TEMÁTICAS	
1	<i>Experiência / convivência com a doença</i>
2	<i>A gente vê na TV</i>
3	<i>Dei muita sorte</i>
4	<i>Há! Ter que ficar na fila</i>
5	<i>Eu fico examinando</i>
6	<i>Fatalismo</i>
7	<i>A gente vai deixando, vai deixando</i>
8	<i>Medo</i>
9	<i>Hoje ta muito difícil tratar</i>
10	<i>Idade e CM</i>
11	<i>A gente tem que se cuidar</i>
12	<i>Preconceito</i>
13	<i>Se não ta sentindo dor não vai no médico</i>

Fonte: A autora

As unidades temáticas foram, por fim, reagrupadas, resultando na definição de três grandes categorias empíricas nomeadas a partir de expressões utilizadas pelos sujeitos do estudo, o que, entendeu-se como resguardo do sentimento

<sup>13</sup> CAMARGO JÚNIOR, K. R. **OpenLogos**. 2009-2010. Disponível em: <<http://openlogos.sourceforge.net/>>. *Software* gerenciador de dados qualitativos, ferramenta útil para auxiliar na análise qualitativa de material textual, apoiado em uma base de dados com recursos para marcar e recuperar fragmentos de texto com códigos, além de tabular esses códigos e palavras em múltiplos documentos.

expresso nas falas. As três categorias orientaram o processo de análise e interpretação dos dados. O Quadro 5, a seguir, sistematiza tal procedimento.

**Quadro 5** – Categorias empíricas finais a partir das expressões dos sujeitos

CATEGORIAS	EXEMPLOS DE EXPRESSÕES DOS SUJEITOS
I) <i>Convivência e sentimentos associados á doença</i>	“[...] Não tive na minha família, mas fiquei com pessoas que tiveram [...]” “[...] Doença não é bom nem saber, fiquei impressionada, com medo... [...]”
II) <i>Cultura da doença na busca de atenção</i>	“[...] Hoje ta muito difícil de tratar [...] [...] Ah! Só vou no médico quando tiver dor [...]”
III) <i>Prevenção e enfrentamento da doença- CM</i>	“[...] A gente vê na TV [...] [...] Ah... eu fico apalpando na hora do banho, né. Tem que ficar olhando, cuidando é. [...]”

Fonte: A autora

Categoria I – “*Convivência e sentimentos associados á doença*”. Nessa categoria, discutiu-se a convivência com a doença por essas mulheres, bem como os sentimentos associados a esta vivência, entrelaçada por medo, dor, vergonha, preconceito e fatalismo.

Categoria II – “*Cultura da doença na busca de atenção*”. Tal categoria trata da questão da cultura da doença, negligência e acesso. O termo “cultura da doença” adveio da centralidade das falas em torno da busca pela atenção à saúde, somente no surgimento da doença.

- Categoria III – “*Prevenção e enfrentamento da doença- CM*”. Essa categoria representa os pontos positivos no enfrentamento e na prevenção do CM. foi discutido, portanto, o papel da mídia e o autocuidado.

Baseadas nessa ordenação, as falas das depoentes foram relacionadas com os referenciais teóricos selecionados, objetivando-se compreender suas percepções, trajetória e formas de prevenção diante do CM. A análise encaminhou para a estruturação da próxima seção deste estudo, que compreende os resultados e a discussão desta pesquisa.

Ressalte-se que as categorias aqui elencadas estão compostas sob a luz da representação social da doença, pois, ainda que a doença não seja uma realidade concretizada na vida individual dessas mulheres, por não possuírem esse diagnóstico positivo trazem suas experiências e conhecimentos prévios que influenciam seus comportamentos, crenças, valores e sentimentos, muitas vezes negativos, como em relação à prevenção do CM. Nesse sentido, compreende-se que um conhecimento social e culturalmente compartilhado influencia os modos individuais de percepção, experiência e ação dos sujeitos. Essa abordagem é bastante utilizada enquanto esquema teórico para os estudos qualitativos que tratam da construção social de fenômenos como a saúde e as doenças (FLICK, 2009).

Os GFs permitiram, também pelos dos relatos, descrever os itinerários terapêuticos (ITs) das mulheres, com vistas à melhor identificação de como foi o caminho da busca por cuidado. De acordo com Belatto e outros (2011) o itinerário terapêutico pode ser definido como:

[...] trajetória de busca, produção e gerenciamento do cuidado para a saúde, empreendidas por pessoas e famílias seguindo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes para o cuidado em saúde, de sustentação e de apoio, que possam lhes dar certa sustentabilidade na experiência do adoecimento. É possível evidenciar que essas trajetórias são afetadas também pelo modo como os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados, dando-lhes respostas mais ou menos resolutivas e capazes de serem integrativas. (BELLATO et al., 2011, p. 178).

Foram trabalhados três itinerários terapêuticos (Jasmim, Azaleia e Dália). A escolha desses ITs buscou a representatividade das mulheres participantes de cada GF: IT de UAPS com Saúde da Família (Azaleia), IT de UAPS Tradicional (Dália) e IT de mulheres de Unidade Regional Norte (Jasmim).

O objetivo da construção dos ITs foi o de se mapear os caminhos e as dificuldades na busca e na não realização do exame de mamografia e de outras ações de prevenção ao CM. A construção dos desenhos possibilitou analisar as falácias da rede de atenção à saúde e diversas redes sociais envolvidas no caminho das mulheres deste estudo. Após a escolha das histórias que foram objetos de análise para construção dos ITs, realizaram-se entrevistas nas residências de cada uma das mulheres buscando-se aprofundar nas informações para melhor elaboração dos itinerários. As entrevistas foram agendadas previamente pelo telefone, por

intermédio dos CLBs e ACSs da área de abrangência de cada mulher selecionada. Após o aceite das mulheres para a realização das entrevistas, ocorreu a visita domiciliar da pesquisadora. Os encontros foram realizados nos dias 3 e 7 de janeiro de 2012. Como já se tinha um contato prévio com as mulheres nos GFs, deu-se uma breve explicação sobre a necessidade da visita, como forma de esclarecer e aprofundar algumas informações que não puderam ser apreendidas durante o GF. Ao término de cada entrevista, que durou em média uma hora e trinta minutos, as informações complementaram as histórias de cada uma das participantes para a construção dos ITs.

## 5 DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

*“Sê como Sândalo, que perfuma,  
o machado que o fere.”*

### 5.1 CATEGORIA I: “NÃO TIVE NA MINHA FAMÍLIA, MAS FIQUEI COM PESSOAS QUE TIVERAM CÂNCER”

A categoria I representa a convivência com o câncer. Nessa categoria, cabe discutir a experiência com a doença pelas mulheres entrevistadas, bem como os sentimentos associados a essa vivência, entrelaçada por sentimentos de medo, dor, vergonha, preconceito e fatalismo.

Na discussão dessa categoria, foi possível identificar que as participantes trazem pré-conceitos orientados por suas experiências vividas, gerando sentimentos que as impedem de buscar medidas preventivas para o CM.

Observou-se que o fato dessas mulheres nunca terem se acometido da doença não significa que sejam “tábulas rasas”<sup>14</sup> a respeito do assunto, ou seja, existe um imaginário social que cerca o seu cotidiano. Imaginário este que se apresenta por um conhecimento que se estrutura a partir do senso comum, recebendo influência da mídia, da convivência com familiares, com amigos e com a rede social. A abordagem do CM passa a envolver sentimentos, tais como medo, dor, vergonha, fatalismo, que são difíceis de serem administrados, impactando, sobremaneira, de forma negativa a adesão das mulheres às medidas preventivas de CM, como pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

---

<sup>14</sup> Tabula rasa: expressão latina que significa “tábua rasa”. Tábua Rasa: Nome por que é conhecida a analogia utilizada por Aristóteles, mas por vezes também associada ao filósofo empirista inglês John Locke para ilustrar a ideia de que todo o conhecimento tem origem na experiência. Locke compara a nossa mente a uma folha de papel em branco, ou a uma superfície completamente lisa e sem qualquer sinal nela inscrito (“tabula rasa”, em latim), mas onde as impressões colhidas do exterior pelos nossos sentidos deixam as suas marcas. É a partir dessas impressões — que a nossa mente se limita a organizar — que se formam todas as ideias, mesmo as mais abstractas. Não há, pois, conhecimentos a priori nem ideias inatas. Todo o conhecimento é adquirido através dos sentidos. Disponível em: <<http://www.defnarede.com/t.html>>. Acesso em: 2 mar. 2012.



*[...] Eu não... Não tive na minha família não, mas fiquei com pessoas conhecidas que me chamavam, já fiquei até no Oncológico. (Jasmim – GF3).*

*[...] Ah! Eu não num faço preventivo não, acho que doença não é bom nem saber. É melhor deixar pra lá... acho que se sabe da doença morre mais depressa... E câncer num dói. Diz que num dói... (Girassol – GF1).*

A associação do CM com sentimentos negativos, como medo, dor, vergonha, fatalismo, aparece fortemente nos depoimentos das mulheres pesquisadas. Conforme define Moscovici (2009), as representações sociais influenciam comportamentos de indivíduo participante de uma coletividade. Assim, entendemos que, as representações sobre o câncer de mama podem influenciar no comportamento de prevenção, como pode ser observado no seguinte depoimento:

*[...] Conheço também uma moça, que mora na Vila Dois, ela fez, ela tirou a mama, uma mama por causa de câncer. Coitada, ela operou, ficou fazendo é... quimioterapia, aí tirou a outra, mas também não teve jeito não, ela faleceu. (Hortênsia – GF3).*

Vários autores como Berlinguer (1988) e Boltanski (1984), demonstraram, em suas pesquisas, que todo grupo social tem representações sobre as mazelas a que seus corpos estão submetidos. Portanto, ao se aproximar de um grupo social, neste caso, um grupo de mulheres acima de 60 anos, deve-se considerar que este já possui um “saber”.

Corroborando essas considerações, Cascais, Martini e Almeida (2008) afirmam que:

*[...] as representações acerca do câncer se encontram ancoradas nas experiências sociais, isto é, derivam das vivências pessoais, de cada um, como o acompanhamento de familiares, amigos ou de vizinhos, ao longo de todo o processo de adoecimento por câncer. Esse conhecimento construído a partir do dia a dia e das vivências de cada um e difundido pela mídia, possibilita a construção de uma realidade comum a esse grupo social. (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008, p. 498).*

A compreensão da forma como este grupo de mulheres manifesta seus sentimentos diante da convivência e proximidade de pessoas acometidas pelo CM remete à reflexão sobre como essas posturas, comportamentos e sentimentos

influenciam, negativamente, na questão da prevenção. Em algumas falas, sobressaem aspectos relacionados ao medo, à dor, à vergonha, ao preconceito e ao fatalismo em relação ao câncer.

O “sentimento de medo” aparece permeando vários momentos dos grupos focais. Veio à tona, fortemente, no momento em que se falava sobre a possibilidade de poder estar com a doença ou mesmo de ter convivido com ela:

*[...] Eu fiquei impressionada, com medo... não é fácil não... [em relação à vizinha que faleceu com câncer]. (Jasmim – GF3).*

*[...] Eu fico louca qualquer coisa que aparece. GF3 [em relação ao aparecimento de nódulos no corpo]. (Violeta – GF3).*

O medo é componente do comportamento humano, sentimento que pode ser definido como algo gerado pelo contato com aquilo que é estranho ou experiência com o novo. É um recurso que preserva a vida em determinadas circunstâncias. O medo da morte está presente na trajetória humana desde que o homem tome consciência de sua finitude; por isso, evitamos situações aversivas e que ameacem a nossa integridade física. Nesse sentido, quando se busca entender o motivo/comportamento das mulheres em não perceber como necessidade a prevenção, enquanto medida de detecção precoce do CM, percebe-se um traço cultural que todos compartilham, ou seja, o medo.

Nos relatos, são identificadas várias manifestações relacionadas ao medo (medo da morte, medo da dor, medo da solidão, medo de um resultado inesperado a respeito de uma doença fatal...), enfim, são muitos os medos e angústias que podem atravessar a vida do ser humano. Os relatos, a seguir, expressam algumas destas manifestações de medo:

*[...] Eu tenho que ir vê isso que eu... eu... sinto assim, dores sabe? Aí eu tenho que ir vê isso, por que eu tô sentindo dores, e to com medo, entendeu? (Hortência – GF3).*

*[...] Ah! Eu não sou muito cismada não... com a doença, eu não gosto de médico... [risos] De jeito nenhum... Prá mim, hum... fico impressionada assim... (Jasmim – GF3).*

Constatou-se que, das experiências com o sofrimento podem emergir sentimentos como: a preocupação com a sobrevivência; a expectativa de dor, da

rotina do tratamento que muda a aparência, que traz perdas, como pode ser verificado nas seguintes falas:

*[...] Tem, isso mesmo, realmente isso deve ser doido. A pessoa chegar e descobrir que tá [pausa]. Você já tá com medo, chega no médico e dá isso (referência ao CM) (Amor-Perfeito – GF4).*

*[...] Teve uma vez que meu cabelo tava caindo muito, muito. Aí eu fiz uma exame acusou a tireoide. A queda de cabelo era da tireoide. Fiquei com medo demais de ser outra coisa [pausa] (Azaleia – GF1).*

Confirmando a discussão anterior, Lacerda e Valla (2004, p. 99) definem que “o sofrimento é uma experiência dos sujeitos na sua totalidade, afetando todas as suas dimensões e não se restringindo apenas ao corpo físico”.

Nenhuma doença provoca tanto horror às pessoas quanto o câncer, tanto pelos seus efeitos quanto pelo estigma social conforme afirma Sontag (2007, p. 96): “o câncer jamais foi visto senão como um flagelo; metaforicamente, um bárbaro invasor e ladrão de vidas”. Ainda nesta linha de pensamento, Funghetto, Terra e Wolf (2003, p. 531) apontam que “[...] a alteração da rotina, a organização de vida, o medo com o inesperado são algumas das condições que acabam ocasionando a perda do equilíbrio, da saúde e do self.” Destacam que, para algumas mulheres, o câncer de mama é tão temido que elas descrevem a doença com outros nomes como “coisa ruim” e “aquela doença”. Magicamente, se acredita que, se não forem pronunciadas determinadas palavras ou não se conversar sobre assuntos desagradáveis, elas/eles deixam de existir.

Castro (2009) destaca em seus estudos resultados semelhantes no que diz respeito à necessidade de se desmistificar o estigma do câncer associado à morte e ao medo. O medo e a morte são apontados como os grandes vilões que têm impulsionado as pessoas a deixarem de procurar os serviços de saúde, em razão da possibilidade de encontrar um diagnóstico não muito desejável e, com isso, a prevenção fica comprometida.

A percepção da associação do câncer à morte foi constatada em pesquisa de opinião intitulada “Percepção do brasileiro sobre o câncer”, realizada em 2007, sob a coordenação da Divisão de Comunicação Social (DCS) do Instituto Nacional do Câncer, que gerou uma questão importante sobre a qual a comunicação do Inca procura trabalhar na mídia: desmistificar esse estigma, presente no imaginário da

população, pode contribuir para impedir que pessoas deixem de procurar assistência médica com medo do diagnóstico de câncer (CASTRO, 2009).

No presente estudo, o medo do câncer de mama pode se esconder sob o medo de realizar um exame, conforme destacamos no relato a seguir:

*“[...] Ah! eu tenho medo de fazer a mamografia” (Orquídea –GF2).*

Particularmente, na declaração de Orquídea, entende-se que o sentimento de medo relatado por ela esteja mais associado à possibilidade do inesperado, como um diagnóstico positivo de CM, do que, necessariamente, à realização do exame. No entanto, existem estudos que apontam para a compreensão do fato de ser o exame de mamografia doloroso chegando, inclusive, a ser insuportável para algumas mulheres este procedimento. De acordo com dados do informativo “*As mulheres sabem que é preciso fazer a mamografia*”: “Mas, ainda que a procura pelos exames preventivos seja feita de forma espontânea, algumas reclamam da dor causada pela compressão da mama” (FURTADO, 2011)<sup>15</sup>.

*“[...] Todo lugar que faz esse exame (mamografia) é com homm né (risos). E dizem que dói (Violeta-GF1).*

Mesmo sendo um procedimento constrangedor e insatisfatório para algumas mulheres, como visto anteriormente, acredita-se que a mamografia ainda seja, na atualidade, o procedimento mais eficaz e mais utilizado para a detecção precoce do CM. Deve, portanto, ser valorizado e acessível de maneira adequada às necessidades das mulheres. Na faixa etária de 60 anos, como já discutido na seção 3, esse exame é indicado com até dois anos de intervalo (BRASIL, 2004).

Além do medo da doença, existe o medo da dor provocada pelo adoecimento. O sentimento de dor associado ao CM foi também percebido nos relatos das mulheres. Foi recordado, inclusive, que durante o desenvolvimento do GF, uma delas solicitou a confirmação a respeito do fato, ao questionar se o CM dói. Observamos que existe um duplo sentimento a respeito da dor por trás das falas dessas mulheres: existe a presença tanto do sentimento de dor física em si como da

<sup>15</sup> Disponível em: <<http://www.acesa.com/mulher/arquivo/noticias/2011/02/18-mamografia/>>. Acesso em: 5 mar. 2012.

dor enquanto sofrimento do padecimento. As falas destacadas a seguir confirmam tal impressão:

*[...] Dói, acho que câncer de mama dói. Eu já tive uma empregada da minha sogra coitadinha, quando ela viu já tinha atingido tudo. Mas ela num maldava nada e nem pensô que era) [pausa] Aí o Dr.X arrumou um internamento pra ela lá no oncológico (Margarida –GF1).*

*[...] Eu já ouvi falar que dói (Azaleia – GF1).*

*[...] Tem muitas doenças que são brava igual ao câncer, que mata. O câncer que eu assisti dói muito. Tem um Sr. que tinha na próstata coitado. Diz que ele tem um câncer de abóbora, diz que ele lastra (Margarida - GF1).*

Pode-se inferir que a possibilidade de se ter uma doença “dolorosa”, que pode causar a morte e, portanto, envolvida pelo sentimento de medo, no imaginário destas mulheres poderia ser um dos motivos pelos quais elas se apoiaram para não realizarem o exame preventivo das mamas. Preferem nem conversar sobre a doença e, até mesmo, nem saber se estão acometidas, sentimento este repassado pelo próprio profissional que atende as pacientes.

*[...] vai que eu faço exame e acusa que eu tenho esta doença (referencia ao CM)... (Azaleia – GF1)*

*[...] Acho melhor num saber da doença (Girassol – GF1).*

*[...] Um! num gosto de falar nisso [pausa] (Azaleia – GF1).*

*[...] O médico falou: Se ela não souber vai viver mais uns seis, sete anos (Dália – GF2).*

Com tal imaginário sobre o câncer, existe nas pessoas uma percepção de que a doença só existe se o sujeito buscar o serviço de saúde ou fizer algum tipo de exame para descobri-la no corpo, como destacam os estudos de Gomes, Nascimento e Araújo (2007), específicos sobre a prevenção de câncer, ao afirmarem que:

Esse sentimento costuma ser comum nas pessoas, independente do gênero. Assim, como no ditado popular de “quem procura acha”, os sujeitos temem que, ao buscar um serviço de saúde para saber se a sua saúde vai bem, possa se deparar com diagnósticos de uma doença e ter de se tratar. No caso específico da prevenção de câncer, há estudos que apontam que o medo é uma das explicações para o fato de as pessoas não procurarem os serviços de saúde para se prevenirem. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, p. 570).

Apesar de não ter sido o sentimento mais expressivo nos relatos das mulheres, a vergonha também parece ser motivo de impedimento para o uso de medidas preventivas. Pelos depoimentos apresentados, entende-se que a presença de tal sentimento é justificada pelo pudor em relação à exposição do corpo e que essa postura seja mais frequente em pessoas com idade mais avançada, sujeitos desta pesquisa, como expressam as mulheres nos seguintes relatos:

*[...] Eu sou mãe de 12 filhos. Ganhei tudo com parteira em casa. Ah! de vez em quando tem de fazer os exames preventivos, mais eu tenho vergonha (Girassol – GF1).*

*[...] Se tiver de ter que ter, de dá alguma coisa vai dá, porque eu não faço não. Eu tenho vergonha [...] Ah! Eu tenho vergonha sim. Num faço não [Risos] (Girassol – GF1).*

Acredita-se que os exames preventivos (mamografia, ultrassonografia e exame-clínico das mamas) podem aflorar o sentimento de vergonha nessas mulheres devido à exposição e manipulação do corpo, durante a realização dos mesmos.

É curioso perceber, ainda, como a vergonha pode ser fator dificultador para que as mulheres busquem esses procedimentos. O constrangimento que as mulheres têm de ficar nuas diante dos profissionais de saúde, sendo manipuladas e observadas, associado ao atendimento rápido e impessoal, tem sido motivo apontado pela literatura como fatores que podem desencorajar a realização de mamografia ou de qualquer outro procedimento que traga o sentimento de vergonha às mulheres (COSTA; SOUZA; MEDEIROS, 1998).

Os estudos de Fernandes (2011) mostram que:

Mulheres mais velhas podem não fazer os exames preventivos por dois motivos. Ou não percebem o risco, julgando não ter mais necessidade de realizar o exame, ou não o realizam por vergonha por julgá-lo como uma prova de que se comportou de maneira errada. (FERNANDES, 2011, p. 15).

Associada à faixa etária avançada, a abordagem terapêutica realizada por profissionais de saúde, principalmente do sexo masculino, também pode desencadear um maior sentimento de vergonha neste segmento etário de mulheres acima de 60 anos.

No presente estudo, também foram identificados tais achados como relatos de inibição, independente do sexo do profissional:

*[...] Todo lugar que faz esse exame [preventivo] é com homens [risos]. Tem uma moça aqui no posto que faz (Girassol – GF1).*

*[...] Ah eu não tenho vergonha não. Pode ser com o médico ou com a médica. Ah! Agora eu tenho vergonha de mostrar é pros outros. O médico tem que ver mesmo... (Margarida – GF1).*

De acordo com Sontag (2007, p. 7), “a doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania: uma no reino da saúde, e outra no reino da doença”. Assim, pode-se pensar na doença como metáfora da velhice, já que esta é concebida como o fim da vida, o encerramento de tudo. Nesse sentido, a doença seria mais aceitável, então, em pessoas idosas e não em jovens. A possibilidade de a doença ocorrer na velhice é mais bem aceita, pois “a velhice é vizinha da morte”, ao passo que na juventude a doença surpreende, revolta.

Entretanto, notou-se na fala das mulheres que o câncer de mama não se aplica à idade, afetando todos, independentemente da faixa etária. Há uma diferença: a morte é mais aceita nos idosos e surpreende mais nos jovens; entretanto, é como se o CM não respeitasse essa regra. Pode-se compreender também que o CM é considerado doença de mulher idosa. Tal pensamento pode ser constatado no seguinte depoimento:

*[...] É essa moça ela não tinha idade não, é... ela não era idosa não, era bem nova e teve a doença - o CM [pausa]. A minha mãe é que é idosa, inclusive na minha não deu nada não graças a Deus [em relação ao resultado de exame da mãe] (Hortênsia – GF3).*

Os estudos de Carvalho (1994) reforçam nossa discussão quando, referenciando-se em Ferreira (1994), destaca que:

Em geral a morte de uma pessoa idosa, por câncer, é mais bem tolerada do que se a doença aparecer em outra pessoa do mesmo grupo familiar, porém mais jovem. A perda de uma criança pode ser um evento mais trágico, mas em termos de “destruição” entre os membros de uma família as consequências de perdas de um adulto jovem, que participe mais ativamente do desenvolvimento e do crescimento do grupo (tanto materialmente quanto no que diz respeito à educação dos membros mais jovens, por exemplo) podem atingir extensões enormes, com alto teor de desestruturação (FERREIRA, 1994 apud CARVALHO, 1994, p. 198).

O preconceito, entendido como juízo preconcebido, manifestado, geralmente, na forma de uma atitude discriminatória perante pessoas ou objetos, foi outro sentimento percebido no discurso das mulheres, em relação ao câncer de mama, que aparece socialmente ainda bastante estigmatizado, razão pela qual muitas vezes nem o nome da doença é mencionado. Assim, os indivíduos, de modo geral, utilizam-se de eufemismos como: “coisa ruim”, “doença ruim”, “coisa maligna”, “aquela doença que mata” para se referirem ao CM. Tal comportamento pode ser observado em alguns relatos das participantes desta investigação:

*[...] Ela num sabia que era a doença ruim, mas a gente sabia. Aí nós não tivemos coragem de contar pra ela não, sabe. E ela deixou um menino de 6 anos e minha filha cria ele. Ela morreu, coitadinha, ela morreu (Margarida – GF1).*

*[...] É que antigamente a gente não via nem falar no nome. Hoje cê já vê fala mais, hoje tem tratamento, tem como prevenir... [pausa] (Amor-perfeito – GF4).*

*[...] Hoje é mais aberto, é mais explicado. Mas antigamente era fechado, antigamente era a minha avó, era a mãe da minha mãe, era a mãe do meu pai. Hoje que tem esses avanços... (Camélia – GF4).*

*[...] Acho melhor num saber da doença [referência ao CM] (Girassol – GF1).*

*[...] O médico falou: se ela não souber, vai viver mais uns seis, sete anos (Dália – GF2).*

Notou-se uma fala recorrente entre as participantes sobre a associação do câncer à impotência, sendo a impotência um “fenômeno psicossocial que existe reciprocamente com outro: o fatalismo” (GUZZO; LACERDA JÚNIOR, 2007, p. 233).



Os autores afirmam que, quando um fenômeno é considerado natural, ele é visto como algo imutável, fora de controle do indivíduo, contribuindo, portanto, para o nascimento do fatalismo. Nas falas das mulheres deste estudo, emergiu esse sentimento, conforme ilustrado abaixo:

*[...] não tem jeito mesmo, faz de tudo: mamografia, biópsia e morre... (Violeta – GF 1).*

*[...] Aí Deus é que sabe, se tiver de vim vem...(Margarida – GF1).*

As crenças sobre as causas e a relação do câncer como doença mortal e incurável podem justificar a não realização de exames preventivos. Ferreira (2009), ao pesquisar questões semelhantes às do presente estudo, destaca que posturas fatalistas impedem a busca por prevenção (FERREIRA, 2009). As observações da autora são perceptíveis no seguinte relato:

*“[...] Ah! Sei lá... a gente fica assim pensando. Mesmo ela cuidando igual ela cuidou não... não teve jeito” (Jasmim – GF3).*

Ainda prosseguindo nessa mesma linha de raciocínio, Freire (2000 apud GUZZO; LACERDA JÚNIOR, 2007) assevera que:

*[...] o fatalismo paralisa o homem diante da história e o faz renunciar à capacidade de pensar, de escolher, de decidir, de projetar e de sonhar. Diante da impossibilidade de se fazer qualquer coisa pelo poder determinante que fatores têm sobre nossas vidas, o homem perde seu sentido de luta pela concretização de seus sonhos, sente-se predestinado ao seu destino e incapaz de agir sobre ele. (FREIRE, 2000<sup>16</sup> apud GUZZO; LACERDA JÚNIOR, 2007 p. 233).*

O seguinte depoimento mostra esse fatalismo na vida de uma das participantes deste estudo:

*[...] Depois que acontece, não tem mais jeito. Você entendeu? Porque aí o médico vai dizer: Ah! Filha você tá com câncer, pronto acabado, que se vai fazer mais? (Dália – GF2).*

---

<sup>16</sup> FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

Fatores culturais como a religiosidade/espiritualidade são apontados como importantes recursos para a promoção da saúde mental e física, auxiliando na redução da angústia relacionada à doença (VOLCAN et al., 2003). No entanto, percebeu-se que a religião também pode influenciar, de forma negativa, na prevenção do câncer de mama. Deus determinaria tudo o que acontece no Universo. Dessa maneira, as pessoas, geralmente, tomam de modo passivo os eventos da vida e não acreditam que podem exercer um papel em sua modificação. O acreditar no destino divino muitas vezes interfere nas condutas, especialmente as relacionadas às possibilidades de mudanças em algo que poderia ser evitado:

*[...] Mas também Deus sabia o que ia fazer, estava nas mãos de Deus, então... (Dália – GF2).*

Ao longo da investigação, observou-se a postura dessas mulheres referente à medida preventiva do CM, ao remeter sobre o fatalismo: não há a necessidade de diagnosticar uma doença se nada poderá ser feito para alterar seu desfecho, muito menos “prevenir-se”, pois “[...] quando Deus quer, não tem jeito [...]”. Nesse sentido, qualquer ação educativa voltada para a prevenção, não somente do CM, deve abordar esses preconceitos e sentimentos existentes nesta faixa etária:

*[...] É verdade, se agente entregar é pior, mas se Deus num quiser não tem preventivo de mama, nem raio X, não tem nada... [pausa] (Girassol – GF1)*

Percebeu-se que a crença em Deus é muito forte entre as mulheres do estudo. O envelhecimento reforça a força espiritual nas pessoas, de modo geral.

## 5.2 CATEGORIA II: “HOJE TÁ MUITO DIFÍCIL DE TRATAR”

Na categoria II, é tratada a questão da cultura da doença, acesso/acessibilidade e negligência. O termo “cultura da doença” adveio da centralidade das falas que giram em torno de buscar os serviços públicos da atenção à saúde somente na doença e, conseqüentemente, os serviços de saúde não atingem a finalidade preventiva, tanto para as mulheres quanto pelos próprios serviços de saúde.

Em relação à questão da cultura da doença, a posturas e posições apreendidas nos grupos sociais, alguns estudos apontam que o conhecimento da prevenção é a maneira mais eficaz de se evitar o câncer, entretanto, as posturas dos indivíduos diante da prevenção ficam comprometidas, permeadas por aspectos culturais em relação à doença (FERREIRA, 2009).

Estudos sobre as atitudes dos homens brasileiros quanto à prevenção e busca pelos serviços de saúde, com menor frequência em relação às mulheres, mostram que as principais causas de resistência estariam ligadas a questões, tais como a procura pelos serviços de saúde apenas em casos extremos de dor ou comprometimento da saúde, culminando na impossibilidade de trabalhar (FERREIRA, 2009). Pensamento análogo a esse é mostrado nos depoimentos de algumas mulheres da pesquisa:

*[...] Ah! Tem gente que é assim... se não tá sentindo dor, nada... não vai no médico (Jasmim – GF3).*

*[...] Quem caça acha [risos] Eu, por exemplo, se tiver que fazer um exame, eu faço mais num fico procurando doença, não [pausa] (Azaleia – GF1).*

A cultura da doença e de práticas curativas, em detrimento das práticas preventivas, ainda é predominante em ambos os lados dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença: profissional e paciente. Neste estudo, ao se buscar compreender os motivos que levaram as mulheres acima de 60 anos a não realizarem a mamografia, observou-se que ainda é relevante, que grande parte delas ainda não considera a questão da prevenção como algo importante, não assumindo atitudes favoráveis à prevenção no cotidiano de seus cuidados de saúde. Associados a tal postura, os serviços de saúde ainda reforçam tal atitude por ainda figurarem de certa forma como algo negativo:

*[...] Eu nunca senti nada diferente, não gosto de ir no médico não [Risos] (Amor-perfeito – GF4).*

O modelo biomédico de saúde, de caráter reducionista e com enfoque puramente biológico sustenta uma visão de saúde, sempre atrelada ou submetida à questão da doença, relegando a dimensão social, cultural e psicológica do tratamento e/ou da cura (MANDÚ, 2004). Por isso, compreende-se o fato de as

peças procurarem os serviços de saúde apenas quando se sentem doentes. Alguns relatos expressam a existência de tal associação, busca pelo serviço de saúde e gravidade da doença, destacando inclusive uma priorização no atendimento.

*[...] Aí, eu senti uma dorzinha aqui, por isso que eu tô querendo ir no médico, entendeu, correr, pra mim vê por que. Sei lá... a gente não sabe (Hortência – GF3).*

*[...] Não, se você chega lá com problema... Assim, eu acho assim, quando vem, quando vem algum caso de emergência, na parte da manhã, se vira e faz, passa pro hospital, sei lá (Cravo – GF4).*

Os estudos de Trad e outros (2010) apresentam resultados semelhantes ao presente trabalho, ao analisarem fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde (necessidade) associados (a busca) em função da gravidade da doença. Destacam que: “De modo geral, a família utiliza as mesmas unidades e hospitais de referência conforme sua percepção de necessidade e gravidade da doença, assim como da acessibilidade” (TRAD et al., 2010, p. 801). A seguinte fala mostra esse aspecto:

*[...] Então quer dizer... tem que atender uma pessoa que tá com mais necessidade (Cravo – GF4).*

Logo, ao se fazer uma linha de raciocínio entre a necessidade, entendida como busca por serviços e prioridade de atendimento, pode-se visualizar situações em que as pessoas, ao se sentirem doentes, são levadas a buscar os serviços para tratamento da doença. Essa demanda é priorizada de acordo com a gravidade do caso como situações de emergência. Dessa forma, as medidas preventivas não cabem como critério de busca nem de prioridade de atendimento.

Alguns países têm optado por modelos assistenciais de saúde baseados na APS, cujos princípios são pautados na equidade, no acesso e na descentralização, como forma reorganizar seus sistemas de saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002). No entanto, tal mudança do modelo assistencial – de biomédico para de APS – vem ocorrendo de forma lenta no sistema brasileiro. Encontra resistências, entre outras, o envolvimento de questões culturais como a formação dos profissionais de saúde que

ainda é baseada no modelo biomédico. Farah (2006) aprofundou, em suas pesquisas, a necessidade de novas propostas na formação dos profissionais de saúde como estratégia que possibilite o alcance da equidade e do acesso dos usuários aos cuidados de saúde. Não basta apenas optar por novos modelos assistenciais, reorganizar os serviços de saúde sem mudar a lógica do atendimento, o olhar, de quem trabalha nesses serviços.

A questão do acesso aos serviços de saúde emergiu, neste estudo, como ponto relevante, dificultando as mulheres de efetivarem os cuidados preventivos ao CM. De acordo com a Política Nacional de Atenção Oncológica, “o acesso aos exames de saúde devem se dar de maneira mais prática e acessível possível, mediante planejamento adequado e organização do serviço de saúde” (PARADA et al., 2008). Nesse sentido, acredita-se que o acesso à mamografia esteja no rol dessa exigência. No entanto, como mostra o depoimento a seguir, a questão do acesso surge, inicialmente, na não realização desse exame pelas mulheres. A fala a seguir ilustra bem esta discussão:

*“[...] Eu já vi comenta, eu só fiz preventivo uma vez e a mamografia nunca fiz” (Orquídea – GF1).*

Ainda sobre a discussão ao acesso aos serviços de saúde, faz-se necessário compreender o entendimento que alguns autores têm discutido no campo da saúde:

**[...] acesso** pode ser definido por aquelas dimensões que descrevem a **entrada** potencial ou **real de um dado grupo** populacional em um **sistema de prestação de cuidados de saúde**. A acessibilidade é entendida como o conjunto de circunstâncias, de diversa natureza, que viabiliza a entrada de cada usuário ou paciente na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidade de atendimento. Representa as dificuldades ou facilidades em obter **tratamento ou exame** desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligada às características **da oferta e disponibilidade de recursos** (CAMARGO JÚNIOR et al., 2008, p. 60, grifos nossos).

Como destacado pelos autores, diversos aspectos estão imbricados ao acesso. A carência e a má distribuição de mamógrafos, apesar de nos depoimentos das mulheres não serem evidenciados como motivos responsáveis pela não efetivação desse exame, sabe-se que ainda se configuram como um obstáculo que

parte da realidade de várias regiões do país. A oferta desse procedimento, às vezes, configura-se como um empecilho para os serviços de saúde realizarem a mamografia na mulher.

Referente à quantidade de mamógrafos disponíveis para o SUS e a sua distribuição, se comparada aos demais aparelhos de diagnóstico por imagem, nota-se que há uma distribuição melhor dos mamógrafos no território nacional, embora a distribuição não seja adequada: sabe-se, inclusive, da não existência desse equipamento em alguns municípios. A região Sudeste, por exemplo, possui 703 mamógrafos que atendem pelo SUS, enquanto a região Norte tem 72 e o estado do Acre apenas um (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009; KOCH; PEIXOTO; NEVES, 2000).

Associada à má distribuição e à reduzida oferta de mamógrafos, conforme apresentado na discussão anterior, um outro fator dificultador para a não realização da mamografia apareceu nos relatos das mulheres deste estudo. Elas apontam como obstáculo ter que trilhar os “caminhos” preconizados pelos serviços de saúde para conseguirem fazer o exame de mamografia. Segundo elas, esses atravessamentos ou entraves fazem com que muitas delas desistam de procurar os serviços, tampouco fazer exames preventivos:

*[...] Mas tudo tem que passar nessa Unidade Regional Norte e eles não resolvem nada. O difícil é isso, tem que passar ali primeiro. Não pode ir direto no hospital (Jasmim – GF3).*

De fato, a população conta somente com essa Unidade Regional Norte, que é uma das portas de entrada ao sistema de saúde para os usuários dessa área, atendendo a especialidades como a ginecologia, a pediatria, a cardiologia e a clínica. Nessa situação, a Unidade Regional Norte é a porta de entrada, porém não resolutiva para atender às necessidades de seus usuários, como já exposto anteriormente. Apesar de a busca pelo modelo de APS como orientador das redes de atenção à saúde ser uma realidade, essa realidade não se configura em nosso meio. De acordo com Mendes (2010), as redes de atenção à saúde podem ser definidas da seguinte maneira:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população – organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente sem ordem e sem grau de complexidade, se diferenciando somente pela densidade tecnológica (concentração e dispersão de serviços). (MENDES, 2010, p. 2300).

A partir da compreensão do conceito de redes de atenção à saúde, fortalece o entendimento de que a APS não pode ser um nível isolado dentro do sistema e nem tampouco os sistemas de apoio<sup>17</sup> serem tão distantes do usuário. A questão se torna complexa em sua operacionalização. O usuário fica diante de uma realidade fragmentada que não atende às suas necessidades, como no caso de Hortência, pois ela necessita fazer seu tratamento “lá nas alturas”. Assim, se a APS continuar a ser olhada dessa forma, o usuário continuará a não entender o significado do nível primário de atenção, enquanto nível resolutivo e de tecnologia assegurada:

*[...] Eu tenho uma conhecida, ela não mora aqui, mora na roça. Nossa coitada, ela tem que vim aqui... volta e meia ela tá aqui. Tá fazendo um tratamento lá no HU, lá em São Pedro, lá naquelas alturas... (Hortência – GF3).*

De acordo com Fratini, Saupe e Massaroli (2008, p. 67), o sistema de “referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas”. Nesse sentido, entende-se que a busca por mecanismos que garantam processos de referência possam ser fundamental para que o usuário tenha seu atendimento facilitado e realizado, ou seja, que consiga ser atendido pela rede de serviços e não fique perdido, sem atendimento em lugar nenhum:

---

<sup>17</sup> Sistemas de apoio são lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio – diagnóstico (exames de imagem... mamografia) e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde – e cada um desses subsistemas com suas características e peculiaridades (MENDES, 2010).

*[...] É, porque pra você saí lá fora, a entrada é pela UBS, você vai ter que passar pela UBS pra você sair lá fora. Porque se você chegar lá sem encaminhamento, você não é atendido em lugar nenhum, por pessoa nenhuma...(Camélia – GF4).*

Por outro lado, observa-se que, às vezes, para se ter acesso aos serviços de saúde, os usuários não utilizam os “fluxos formais” – redes organizadas pela gestão. Ao contrário, como evidenciado neste estudo, as mulheres relataram que se beneficiam das redes sociais como amigos e vizinhos para alcançar seus objetivos, compreendido aqui como ter acesso ao serviço de saúde quando dele necessitar:

*[...] Meu pai ainda trabalhava no Palácio da Saúde. Se tivesse alguma coisa, que a gente precisava de fazer, era só pegar um documento, ir num hospital, chegar lá e fazer e tudo bem (Jasmim – GF3).*

*[...] Aí, quer dizer, eu tenho até uma médica conhecida ginecologista... um dia eu falei que queria consultar com ela ai ela falou assim: você vai e fica lá na porta que eu vou te atender (Jasmim – GF3).*

A necessidade de enfrentar filas para se ter acesso aos serviços de saúde é presente nas falas das mulheres. Este evento leva alguns segmentos sociais à automedicação, consultas ao farmacêutico e uso de medicações caseiras. A participação em filas é vista como “perda de tempo”. Vale tudo para não ficar na fila (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

*[...] Às vezes você não pode ir, tem pessoa, por exemplo, que tem dificuldade pra ir, eu acho que isso atrapalha. Chega lá não tem ficha, você levanta de madrugada. Pra quem mora perto seria melhor, agora pra quem mora longe... você entendeu? Agora pra quem mora longe a dificuldade é muito mais difícil. Eu já dormi muito nessa fila...(Violeta – GF3).*

As mulheres relataram que, para marcar uma consulta pelo SUS, é preciso ter muita paciência, querer o melhor para si, pois acordar de madrugada não é fácil, principalmente para a grande maioria delas que, às vezes, mora distante dos serviços de saúde, além do perfil etário. Ressalte-se que esta é a realidade delas:

*[...] Eu, na minha opinião, esse negocio de pegar ficha, isso é que me mata. É... aí você chega lá tem um montão de gente... Aí, não tem como não... (Jasmim – GF3).*



Os estudos de Pontes e outros (2009) trazem considerações importantes e semelhantes aos achados neste estudo, quando retrata a questão da “fila” como fator dificultador para obtenção de exames preventivos ou consultas dentro dos serviços de saúde no Brasil:

A “fila” como condição para obter atendimento de saúde apresentou-se como uma imagem destacada na percepção do senso comum, quando se aborda a universalidade do acesso no âmbito do sistema. Colocou-se, portanto, como barreira a ser vencida para que o atendimento se concretize, na qual a espera (dimensão temporal), a demanda a ser resolvida (dimensão existencial) e a solução - ou não - do problema (dimensão resolutiva) se misturam na representação do próprio sistema, com resultados nem sempre garantidos. (PONTES et al., 2009, p. 502).

A qualidade dos serviços prestados pelo SUS é caracterizada como precária pela maior parte das mulheres deste estudo, dificultando o alcance do atendimento ou a resolução das demandas apresentadas. A precariedade dos serviços do SUS se concretiza nas filas, conforme ilustrado no relatos das entrevistadas:

*[...] É, ginecologista aqui, fica um pouco difícil mesmo, tem que madrugar... Tem que madrugar mesmo, você entendeu? Tem que praticamente dormir na fila pra conseguir uma consulta com o ginecologista (Hortência – GF3).*

*[...] Eu ia marcar o médico, mas ia marcar lá na cidade, fui ali mas num... essa gente que atende a gente é muito esquisita, fui lá perguntar o dia dos médicos- Ah, tem que vim de madrugada. [...] ainda sim você não consegue marcar (Jasmim – GF3).*

Segundo Pontes e outros (2009, p. 501), “com a instituição do princípio da universalidade, todas as pessoas passaram a ter direito ao acesso às ações e serviços de saúde antes restritos aos indivíduos segurados à previdência social ou àqueles que eram atendidos na rede privada”. É notório o avanço do sistema de saúde brasileiro, no sentido da garantia do direito do usuário. Entretanto, esse princípio nem sempre é efetivo, pois não tem sido assegurado a todos os usuários os serviços de saúde do SUS, conforme preconizado na Constituição de 1988 (BRASIL, 2011). Confirmando tal afirmativa, mais precisamente, neste estudo, o exame de mamografia da mulher como medida de detecção precoce do CM não tem sido garantido pelos serviços de saúde.

*[...] Tem gente que é complicado fazer, fazer mamografia... Porque eu já passei tempo de ficar. Oh!... Vem no final do mês, espera sei lá até quando, aí se chega lá não tem, aí se chega acabou a vaga. Aí se chegar num marca, depende do horário tem que ter vaga. Aí você chega lá num tem vaga... (Cravo – GF4).*

Outro estudo, no entanto, aponta para uma realidade diferente do relato de Cravo. Em Juiz de Fora, de acordo com dados da Secretaria de Atenção à Saúde, existem hoje, no município, 23 mamógrafos, 14 aparelhos de campo simples e 9 de campo mais especializado. Compreendeu-se que a resposta para a deficiência – dificuldade de vaga de realizar a mamografia – não se refira à quantidade de mamógrafos e, sim, à má gestão dos serviços locais (BRASIL, [20--]). O relato da participante mostra a deficiência no sistema de saúde:

*[...] Eles marca pra mim de 6 em 6 meses eu venho aqui de 6 em 6 meses. Ainda eu brinco com Dr. Y, oh Dr. Y, porque que o senhor demorou tanto. Por que o senhor marca tão longe pra mim voltar aqui, o senhor não gosta da minha cara [risos]. Aí ele dana a rir e fala: não é porque a senhora esta saudável (Margarida GF1)*

Farah (2006), sobre o assunto, assim se expressa:

Como forma de atender ao princípio da integralidade, é recomendado que a equipe aproveite todos os momentos da presença do usuário e o veja como ser integral, ou seja, além dos aspectos que envolve a doença os profissionais devem abordar e incentivar o usuário quanto à questão da prevenção. (FARAH, 2006, p. 164).

Prosseguindo nessa linha de raciocínio, outro exemplo se encontra nas contribuições de Thaines e outros (2009, p. 63), que afirmam: o “profissional de saúde, às vezes, perde a valiosa oportunidade do diálogo como encontro de pessoas e saberes em que há varias possibilidades de ampliar o olhar e identificar as necessidades de saúde que o usuário apresenta”.

Os relatos das mulheres deste estudo têm confirmado a discussão desses autores, mostrando os profissionais de saúde cada vez mais descomprometidos com o principio da integralidade e desenvolvendo ações, ainda, centradas apenas na doença e na queixa principal do usuário, conforme se pode verificar a seguir:

*[...] Ah! Sua pressão continua subindo? Então toma esse remédio aqui. Aí você tá tomando seis, sete remédio e a pressão continua alta. Quer dizer não procura saber se você tá comendo muito sal, sua alimentação como é que tá, qual o procedimento que você tá tomando prá poder a sua pressão continuar subindo (Gardênia – GF2).*

Observa-se que as mulheres deste estudo, às vezes, até conseguem o acesso aos serviços de saúde, seja em uma rede hospitalar secundária ou Unidade de Atenção Primária, com todas as dificuldades como: enfrentar fila, demora para o dia da realização da consulta, mas, ainda assim, isso não lhes garante a efetivação da mamografia:

*[...] Ah! Eu vou lá no médico, o médico não pede nada, também não vou pedir não. Então fica numa coisa muito, muito mal dividida, mal explicada sabe? (Dália – GF2).*

*[...] Ah! Há muito tempo eu fiz preventivo. E eu não faço mais porque o Dr. X nunca mais pediu (Margarida – GF1).*

A abordagem terapêutica de alguns profissionais foi outra questão que apareceu neste estudo e foi, inclusive, muito questionada pelas depoentes em seus relatos. Percebeu-se que se os profissionais de saúde não valorizam a prevenção e que não há como culpabilizar as mulheres e que a falta de vínculo dos profissionais com essas mulheres contribuiu para uma abordagem fragmentada, vazia e não resolutiva, conforme relato abaixo:

*[...] É o seguinte, eu acho que hoje em dia tá muito difícil, quando eu tava com meus meninos pequenos, se ia num clínico geral se chegava lá, num clínico geral, ou seja, você ia lá ver sua saúde como é que você tava. Ele mandava você deitar na cama, ele te apertava, ele olhava... (Gardênia GF2).*

O vínculo é outro aspecto fundamental da atenção integral, sendo definido como: “o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o usuário” (MERHY, 1997 apud CAMARGO JÚNIOR et al., 2008 p. 60). Thaines e outros (2009, p. 63) corroboram esse pensamento, afirmando que: “o usuário espera encontrar no profissional de saúde a solução para os seus problemas”. Nesse sentido, entendemos que a criação de

vínculo entre profissional e usuário se faz necessária. Segundo Costa (2004, p. 8), “sem a confiança, não existe a colaboração do doente, que é essencial para a cura”.

As falas, a seguir, confirmam o exposto pelos autores:

*[...] Então olha. Oh! menina, que às vezes eu desanimo de vir em médico por causa disso. Ultimamente eu tô assim. Repara pro cê vê em médico, eu comecei a tomar um comprimido: Aí ele falou, não esse aqui não tá bom, toma esse. Agora qual remédio que você vai tomar? Ele tá falando a verdade? Mas quem receitou foi o outro. [...] A gente não tá confiando nem nos médico (Orquídea – GF2).*

*[...] quer dizer, se você tava com uma apendicite uma coisa assim, ele é médico ele entende, conhece. Hoje em dia ele fica de cá e você falando de lá e vai escrevendo ele nem olha na sua cara (Gardênia – GF2).*

*[...] É por isso que eu fico desiludida (Orquídea – GF2).*

De acordo com os estudos de Farah (2006), o médico só tem atuado nas consultas agendadas, sem executar atividades educativas e de promoção. Recomenda à equipe que o usuário tem de agendar outra consulta caso ele venha sendo acompanhado por outros profissionais, além de só atender a um problema por usuário. Com isso, os usuários estão cada vez mais insatisfeitos e extremamente descontentes com o atendimento desumanizado e fragmentado desse profissional. Neste estudo, tal evidência é reforçada pelo relato das mulheres de que os médicos não se responsabilizam por um cuidado integral: eles se atêm apenas à queixa principal que elas trazem, como ilustram os depoimentos a seguir:

*[...] É o seguinte, tão com muita falta de interesse. Antigamente você ia no consultório, o médico te vira do lado do avesso pra examinar. Hoje não, hoje eles não tão nem aí não (Dália – GF2).*

*[...] Eu acho assim, eu acho que os médicos estão muito lento, todos eles, não to entendendo isso... (Orquídea – GF2).*

Uma boa relação profissional-usuário é fundamental para que haja a efetivação dos exames preventivos (mamografia e exame clínico das mamas) e com qualidade. Associado a isso, é importante que o profissional de saúde supere as expectativas das mulheres, desenvolvendo um clima de empatia, confiança e ética durante a abordagem terapêutica. Diferente disso haverá cada vez mais mulheres descontentes, desanimadas e desconfiadas em relação à atuação do profissional de

saúde. Na presente pesquisa, ficou evidente o descontentamento das mulheres, mais precisamente com a categoria médica. Os seguintes relatos ilustram a discussão:

*[...] É... Agora deixa eu te falar, uma coisa que eu tenho observado bastante no pouco que eu vou no médico: eles tem muito falado um do outro. E eu tô achando isso um absurdo. Eu tomo um remédio ali: Ah, esse remédio aqui não presta, você tem que tomar esse, porque esse vai mexer com isso, isso e aquilo outro. Em quem que eu vou confiar, qual médico? Como é que eu vou? Por exemplo, eu fiz um raio X na clínica X, muito bom, aí o médico do INPS fez assim: Se você fez lá esse exame, isso aqui não vale nada não, aquilo lá não vale nada.” Como assim gente... (Orquídea – GF2).*

*[...] Ele tá falando a verdade? Mas quem receitou foi o outro. [...] A gente não tá confiando nem nos médico (Orquídea – GF2).*

Nesta categoria, a questão das condições socioeconômicas e riscos sociais dessas mulheres surgem como fatores dificultadores, destacando a questão do gasto e do perigo de violência, interferindo em uma cobertura adequada para a prevenção do CM:

*[...] Eu também já dormi muito nessa fila. Saía lá de casa prá cidade, apanhava o ônibus quatro horas da manhã, tinha que descer lá na praça, já fui muito. Lá prá mim, ia pro outro que me pedia... Mas que é difícil é, não é fácil não, e gasta tá (Jasmim – GF3).*

*Aí o médico marca a mamografia lá pros cantão. Aí se não tem a passagem de ônibus pra ir, é muito longe, chega tarde, o médico não vai. Igual, eu fui fazer a mamografia da minha patroa, sabe aonde? Lá no HU, mas ela é uma pessoa que ela pode, ela arrumou o carro e nós fomos pra lá (Dália – GF2).*

*[...] Pra mim, eu acho difícil, porque, por exemplo, pra mim sair de lá de onde eu moro, pra ir lá na Vila, principalmente tem hora que lá na Vila não é uma boa pra você ir de madrugada, você ficar lá esperando (Violeta – GF3).*

O que essas mulheres têm como concepção de um bom atendimento às suas necessidades de saúde? O que significa para elas serem bem atendidas em uma instituição de saúde. Para elas: são os funcionários – da faxineira ao médico – que atendem com educação e é ter a garantia de solicitação e realização de exames. Ainda assim, apesar da solicitação de vários exames, a usuária sai sem o pedido de mamografia.

Os relatos abaixo trazem um pouco das suas percepções:

*[...] Sabe como é que eles tratavam a gente: Oh filhinha, vem cá. Sinal que ta tratando bem. Fizeram um exame total em mim, muito bem. Nem sei de quê, mais eu gostei muito (Gardênia – GF2).*

*[...] Bom ela ta dizendo o negocio lá da Clínica X, né? Eu levei minha patroa lá, levei a minha cunhada, levei o meu esposo e fui também. Meus exames já tão até aí já, já veio pro posto, eu vou marcar segunda-feira pra ele me mostrar. Fiz exame de urina, fezes, eletro, fiz aquele de osteoporose, fiz tudo quando tipo de exame, entendeu? – Quem ir lá são muito bem atendido. É a funcionária, da faxineira até o médico (Dália – GF2).*

As mulheres estudadas mencionaram a importância da informação a respeito da prevenção e da periodicidade de realizar os exames preventivos, entretanto não o fazem e convivem com a culpa por não fazê-los. A impressão que passa é que elas têm conhecimento da necessidade de fazer os exames preventivos, dos cuidados que têm de ter com a saúde, contudo trazem um certo descrédito com os profissionais de saúde. As mulheres falam de dificuldade, falta de acesso, descaso e negligência profissional quando buscam os serviços de saúde. Essa percepção é que influencia, sua valoração e valorização das práticas preventivas do CM, tendo-as como pouco necessárias. Em caso de “doença” manifesta ou de sintomas que incomodam é que se buscam os serviços de saúde e se sujeitam a passar os inúmeros constrangimentos acima mencionados:

*[...] Preventivo, tem bem tempo que eu não vou [risos] [...] Que... tem mais de uns três anos (Dália – GF2).*

*[...] O exame de mama e o preventivo, que eu nunca tinha feito, uma montueira de gente todo mundo já tinha feito eu fiquei com vergonha que eu nunca tinha feito, fiquei com vergonha menina. Falei: Gente só eu que nunca fiz!. Todo mundo já me contou tudo, mas eu não fiz não. Fiquei sem graça [risos]... (Jasmim – GF3).*

As mulheres não negaram a importância de realizar os exames preventivos da mama, contudo, deixaram claro que a dificuldade de realização da mamografia acaba por contribuir para um comportamento de, deixar pra lá. E assim, buscam os serviços de saúde somente quando estão doentes:

*[...] Falta de... de... como se diz? De desleixo da gente. A gente vai deixando, vai deixando, eu vou hoje, vou amanhã...(Hortência – GF3).*

*[...] Há 4 anos que eu fiz aqui no posto o preventivo e nunca fiz mamografia(Girassol – GF1).*

*[...] Há... há... foi há muitos anos atrás eu procurei, agora eu precisava procurar novamente [risos]. Tem que olhar de ano em ano, né. Então eu tô em falta. Vai passando o tempo, a gente não vai. Mas eu tô sentindo que eu tenho necessidade de ir, entendeu? Tô precisando mesmo (Hortência - GF3)*

Outro aspecto relacionado à não realização da mamografia diz respeito às oportunidades perdidas pelos profissionais de saúde ao não abordar, em suas condutas, práticas preventivas em relação ao CM, no grupo etário de mulheres acima de 60 anos:

*[...] Ah! prá começa o médico nunca pediu também, o preventivo. Fiz 1 vez e nunca pediu não. Semana passada mesma eu consultei aqui, eu vim no médico. Agora só vou voltar em dezembro se Deus quiser. [...] Exame da mama, eu nunca fiz. Só fiz o preventivo uma vez. Mas tem tanto tempo que eu nem me lembro mais [risos] (Azaleia – GF1).*

*[...] Eu já vi comentar, eu só fiz preventivo uma vez e a mamografia nunca fiz. GF1 [...] Eu já fiz “ultrassom” há muito tempo. Até foi a Dra. Z que pediu. “Depois eu nunca mais fiz (Margarida – GF1).*

*Eu também nunca fiz, eu também nunca fiz preventivo de câncer nenhum. Tem muito é diabete, pressão alta, artrose [risos] mas as outras coisas ‘de câncer’ não sei por que eu nunca fiz o exame. Num sei! (Azaleia – GF1).*

Outro aspecto importante na interpretação dos dados foi a percepção de uma das depoentes acerca da relação profissionais de saúde e usuário, no que se refere à responsabilidade de cada um. O relato de Dália traz revelações importantes sobre a questão:

*[...] preventivo, ihxi... Agora, [...] a preocupação da gente em não fazer! É aquilo que vocês batem na tecla... é um pouco de orientação que as pessoa não têm (Dália – GF2).*

O discurso dessa participante demonstra que a falta de orientação por parte dos profissionais de saúde talvez contribua para que as mulheres não realizem os exames preventivos. Por exemplo, Dália justifica seu comportamento de negligência

com seu corpo, pelo fato de não receber orientações adequadas desses profissionais:

*[...] E não tem aquelas pessoa pra orientar, pra falar sobre o preventivo. Oh! vocês estão precisando fazer mamografia, vocês precisam fazer preventivo [...] Agora se tiver uma vez por mês ou de quinze em quinze dias, uma reunião aqui na unidade... ficava mais preocupado em fazê-lo (Dália – GF2).*

Ao contrário de Dália, do ponto de vista dos profissionais de saúde, a responsabilidade de se realizar a mamografia e de aderir aos serviços de saúde oferecidos é, necessariamente, dos usuários. Conforme Trad e outros (2010, p. 803): “As famílias eram constantemente responsabilizadas pelos profissionais por serem ‘incontinentes’ com suas crianças, ignorantes e ‘pouco aderentes’ às orientações e aos cuidados oferecidos pelos serviços”.

O depoimento, a seguir, mostra que algumas mulheres não partilham a ideia de deixar somente nas mãos do profissional a responsabilidade do seu cuidado:

*[...] Não, eu acho que é importante... a gente cuida, não deixar só para os profissional.. Aqui quando a gente precisa a gente vai na unidade, lá no posto (Cravo – GF4)*

Confirmando as posturas das depoentes, Scarazatti (2006), em seu estudo, mostra que existe, hoje, um fortalecimento da cidadania e do protagonismo dos usuários que são mais sujeitos, seja no campo da exigência do direito absoluto, na participação no processo de cuidado e nas decisões sobre o funcionamento dos serviços.

*[...] O que que nós temos que fazer? Nós temos é que ter cuidado com nós. [...] Você tem que ter cuidado com você, porque a doença, tem... (Orquídea – GF2).*

Por outro lado, Sigeriste (1960) salienta que, hoje, existe uma pressão moral e social que afirma como obrigação do sujeito estar saudável. Exige-se que o indivíduo tenha o dever e a obrigação de manter sua saúde e curar a doença. Ter conhecimento e negligenciar as atividades preventivas, por quaisquer causas, gera nas mulheres um sentimento de culpa. Os relatos abaixo, mesmo que de forma velada, confirmam essa ideia de obrigação:



*[...] Eu acho assim, a gente tem que cuidar mais da gente, a gente sabe disso! [...] Mais meu preventivo deve de ter mais três anos... Hii, muito mais tempo que eu não faço preventivos nenhum [risos] nem mama, nem nada (Lírio – GF2).*

*[...] A gente tem que se cuidar mesmo que agente não goste, mas a gente tem que ir, fazer o exame, vê se tem algum caroço. É uma coisa que é bom pra gente, pra saúde da gente, pra gente viver bem, tranquila. (Hortência – GF3).*

Também percebe-se como o autoexame da mama não é visto, pela depoente Girassol, como uma forma de cuidado. Entretanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), cerca de 80% dos tumores são descobertos pela própria mulher, palpando suas mamas incidentalmente. Nesse sentido, discutir a prevenção da doença significa falar de autocuidado, incluindo o autoexame das mamas:

*“[...] Ah eu nunca cuido de mim, só palpo de vez em quando. Graças a Deus nunca tive nada” (Girassol – GF1).*

Nos estudos de Ferreira e Oliveira (2006), encontram-se resultados semelhantes a estes, na medida em que refletem sobre a postura de mulheres que relataram ficar mais tranquilas quando faziam a mamografia: “[...] visto o pavor que as mulheres têm de aceitar o câncer, que é uma doença extremamente temida por todos, a mamografia muitas das vezes tem servido para tranquilizar as mulheres [...]” (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006, p. 12).

Considerando a seguinte fala: “vou marcar a consulta” – torna-se evidente a preocupação dessas mulheres quanto ao descuido com o corpo. O que se opõe ao descuido e descaso é o cuidado. Cuidar, portanto, é mais que um ato, é uma relação amorosa para com a realidade. Por meio do cuidado, dá-se o envolvimento com a realidade e se mostram o interesse e a preocupação com ela e com o próprio indivíduo. O cuidado nasceu na raiz do ser humano e sem ela o homem deixa de ser humano (BOFF, 1999). As mulheres reconhecem que estão “em falta” com elas mesmas, como se pode verificar nas seguintes falas:

*[...] Eu tinha um caroço, uma coisa, mas, graças a Deus, não tenho nada não. Tanto é que agora eu vou consultar sexta-feira agora pra fazer o preventivo, eu vou pedir a doutora pra fazer o preventivo, e pedi da mama (Lírio – GF).*

*[...] Agora eu vou consultar segunda-feira, vou pedir o encaminhamento pra mim fazer o preventivo. A Dra. M., eu vou marcar consulta com ela, marca tudo no mesmo dia e vou marcar com o Dr. F também (Dália – GF2).*

A culpa e o medo, aliados à acessibilidade limitada dos serviços de saúde, à má qualidade dos serviços e à falta de vínculo do profissional, normalmente, reduzem a consulta aos sintomas e não às reais necessidades do sujeito. Tudo isso se configura como empecilhos para as mulheres, na faixa etária dos 60 anos, a realizarem a prevenção do CM. Às vezes, têm acesso aos serviços de saúde, mas pontuam a má qualidade do serviço oferecido e não lhes é solicitado os exames preventivos das mamas pelos profissionais de saúde.

### 5.3 CATEGORIA III: “A GENTE VÊ NA TV”

Na categoria III será discutido a importância do autocuidado e o papel da mídia no enfrentamento da prevenção do CM. Esta categoria representa os pontos positivos no enfrentamento e na prevenção do CM.

Diversos estudos têm mostrado diferentes caminhos percorridos pelo usuário na busca pelo cuidado. Recorda-se a frase de Boff (2005, p. 33) que “o sentimento que torna pessoas, coisas e situações importantes para nós, esse sentimento profundo, repetimos, se chama cuidado”. Segundo Boff (1999), sem o cuidado, as pessoas podem ficar doentes e não é somente uma parte do sujeito que sofre, mas é a vida que adocece. Este sentimento de cuidado destacado pelo autor parece envolver uma compreensão de que cuidar é inerente ao ser humano, e envolve, portanto, um cuidar de si, do outro e das situações. É destacando o cuidar de si como uma prática de autocuidado que se apresenta nos relatos abaixo, os quais ilustram as formas de cuidados, sentimento inerente ao ser humano e que as mulheres deste estudo demonstraram ter:

*[...] Ah!... eu fico apalpando na hora do banho. Tem que ficar olhando, cuidando. Não deixo só por conta deles também não (Camélia – GF4).*

*[...] No bico do seio uso fazer quando assim, eu tomo banho e na hora que o chuveiro ta bem quente eu, eu sumo meu seio assim [Neste momento aponta para o seio] e ponho o chuveiro bem quente cair nele, bastante tempo. Uma vez um farmacêutico falo que era muito bom. Ele até morreu coitado (pausa). E eu faço isso, é o cuidado que eu tenho (Margarida – GF1).*

No caso do autocuidado para o CM, a palpação dos seios é destacada como prática de todas as mulheres pesquisadas, sem exceção, podendo ser considerada com uma conduta de autoexame de suas mamas. O conceito de autocuidado pode ser entendido como uma consciência ampla do indivíduo e engloba a preservação de si mesmo. Explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar (PEREIRA; COSTA, 2006).

*[...] Eu palpo as mamas sempre que lembro [risos] (Dália – GF2).*

*[...] A gente examina assim. A hora que eu tô tomando banho... eu ponho a mão assim pra vê se tem algum nódulo (Hortência – GF3).*

No que se refere à prevenção do CM, ressalta-se que compete primeiramente à mulher o cuidado com seu corpo, neste caso, mais precisamente com as mamas. É ela a principal responsável por este ato. A célebre frase de René Leriche: “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” aponta sob aspectos fundamentais da questão do autocuidar:

A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” é a famosa frase do cirurgião francês René Leriche que indicava como a doença é, em última instância, o que faz o corpo falar. É a experiência da doença que rompe certa imanência silenciosa entre sujeito e o seu próprio corpo; é ela que transforma o corpo em um “problema” que determina exigências de saber e configura necessidades de cuidado e intervenção. (CANGUILHEM, 2002, p. 76).

Os seguintes depoimentos ilustram aspectos da citação apresentada. O toque no corpo e a busca de modificações nele é uma maneira de falar com o mesmo. A consciência de que a palpação dos seios é uma forma de cuidar do corpo para evitar a doença ficou evidenciada nas falas das mulheres, como exemplo:

*[...] Eu também palpo meu seio e num tem nada (doença), então tá bom, diz que se tiver é caroço... então vou palpando (Girassol – GF1).*

*[...] Todo dia eu palpo meu seio e tá tudo bom. Num noto diferença nenhuma (Margarida – GF1).*

Falar da prevenção primária para o câncer de mama significa falar da detecção precoce. Em documento do Ministério da Saúde, o autoexame das mamas possibilitou a descoberta de 80% dos tumores pela própria mulher, palpando suas mamas incidentalmente (BRASIL, 2004).

As falas das mulheres participantes da pesquisa mostram que elas sempre têm esse cuidado:

*[...] Eu palpo e num vi carozinho nenhum não [risos] graças a Deus (Azaleia – GF1).*

*[...] Ah! É, na hora que eu vou tomar banho eu fico me examinando (Hortência – GF3).*

*[...] Sou eu mesma que faço. De vez em quando, fico apertando prá lá e pra cá (Girassol – GF1)*

A detecção precoce do CM deve perpassar todos os níveis de atenção à saúde, mas é na atenção primária que se torna possível um maior alcance das ações, em função de sua abordagem mais próxima da população, na ótica da promoção da saúde (PARADA et al., 2008). Nesse sentido, vale ressaltar que é importante reconhecer o papel da mídia como um dos recursos do processo educativo para a detecção precoce do CM. Deve ser tratada de maneira criteriosa e veiculada/difundida de forma responsável, devendo respeitar o perfil da população da área de abrangência a ser trabalhada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Evidencia-se, no entanto, que o assunto tem sido objeto de estudos com críticas em relação à veiculação da informação na grande mídia (TV, rádio, folhetos e cartazes publicitários), mais precisamente referente às campanhas publicitárias para a prevenção do CM. Percebe-se que a abordagem do assunto, quando este acomete personalidades dos meios político, esportivo e artístico, ganha maior valorização em relação a aspectos que deveriam ser centrais. Segundo Feldmann (2007), a campanha “O CM é alvo da moda” é mais um exemplo de persuasão que uma marca exerce em uma sociedade. Para a autora, a ênfase nos artistas – que

expõe as camisetas – é sutilmente mais trabalhada do que aspectos da prevenção e do tratamento da doença (ARRUDA, 2006; FELDMANN, 2007). Os procedimentos midiáticos, na questão, merecem observações e críticas que, não cabem neste trabalho.

No entanto, apesar da discussão crítica sobre a mídia, no presente estudo, os relatos das mulheres mostram sofrer grande influência do rádio e da televisão, como veículo de divulgação sobre câncer:

*[...] Ah! Ver falar a gente ver sempre. A gente acompanha rádio, a televisão sempre fala sobre ele, na mama também (Camélia – GF4).*

*[...] Eu assisto muito aquele bem-estar, as 10 horas, então nesse programa eu pego muita coisa que a gente tem que se cuidar, ainda mais depois da idade (Hortência – GF3).*

Um ponto para o qual interessa chamar a atenção referente às campanhas publicitárias sobre o câncer de mama, é que muitas informações só chegam até as mulheres por campanhas de grande impacto, via rádio ou TV. Recursos como panfletos, cartazes com uma linguagem clara e de fácil entendimento, disponíveis nos ambientes que essas pessoas frequentam, às vezes, não têm sido valorizados. Para Feldmann (2008, p. 153), as ações voltadas para a prevenção do câncer de mama “não precisariam ser necessariamente de grandes campanhas publicitárias, mas deveriam ser constantes e em diferentes meios de comunicação com grandes alcances” para que a prevenção do CM não fosse lembrada apenas de maneira esporádica. A fala, a seguir, mostra a importância da continuidade da abordagem sobre medidas preventivas e de controle do CM:

*[...] Se não as pessoas esquece. Se sempre tivesse uma reunião, se chamasse a população e falasse pra eles: Oh! gente, tá acontecendo isso, isso e isso, tá dando câncer... Abri o olho das pessoas. Porque as pessoas... agente vê ali na televisão falar e depois acabou, passou (Dália – GF2).*

Acrescente-se, ainda, que as mulheres deste estudo clamam por mais atenção, quando expressam que somente a notícia oferecida pela televisão é pouco para haver uma conscientização sobre o câncer e os cuidados para prevenir a doença. Isso mostra que há necessidade de periódicas aproximações com os profissionais de saúde, sendo esta uma realidade para esse segmento:

*[...] Aí, igual eu tava falando, a gente vê muitos casos de pessoas, muito caso mesmo, mesmo esses artista, essas atriz. Quanto câncer de mama tem (Hortência – GF3).*

*[...] Tem um né que eu vi na televisão que as vezes sente muita dor, ou vezes se der muito sangramento. Dor eu ouvi fala na TV (Margarida – GF1).*

Conforme discutido anteriormente, a informação veiculada pela TV é importante. Entretanto, configura-se como uma etapa apenas do processo educativo, quando se discute prevenção de doenças na saúde.

## 6 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DA BUSCA POR CUIDADOS PREVENTIVOS DE CÂNCER DE MAMA, EM ESPECIAL A MAMOGRAFIA

A discussão teórica sobre itinerário terapêutico (IT) tem sido frequente nas áreas relativas à antropologia, psicologia, sociologia e saúde. Nesta última, a busca de compreensão do IT é feita com ênfase aos aspectos culturais. Para a questão, tem contribuído a abordagem da antropologia médica americana, destacando-se a produção de Kleinman (1978) e de Geertz (1989). No Brasil, constituem trabalhos pioneiros os estudos da temática na década de 1980 e início dos anos 1990, com Montero (1985), Rabelo (1993) e Alves (1993). Nos estudos em saúde, o IT tem sido apresentado como recurso de demonstração de trajetos de busca por cuidado, principalmente no subsistema popular<sup>18</sup> ou não.

Para o presente estudo, a definição referencial de itinerário terapêutico é a de Bellato e outros (2011, p. 178):

[...] trajetória de busca, produção e gerenciamento do cuidado para a saúde, empreendidas por pessoas e famílias seguindo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes para o cuidado em saúde, de sustentação e de apoio, que possam lhes dar certa sustentabilidade na experiência do adoecimento. É possível evidenciar que essas trajetórias são afetadas também pelo modo como os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados, dando-lhes respostas mais ou menos resolutivas e capazes de serem integrativas. (BELLATO et al., 2011, p. 178).

Bellato e outros (2008), no texto intitulado “*O Itinerário Terapêutico como Tecnologia Avaliativa da Integralidade em Saúde*”, utilizaram a descrição da trajetória em serviços de saúde da seguinte forma: primeiro, a pesquisadora faz uma descrição sobre a busca dos usuários – suas dificuldades e enfrentamentos – aos serviços de saúde e, para isso, foram utilizadas setas numeradas em uma sequência temporal, indicando o caminho percorrido por eles; posteriormente é feita a trajetória propriamente dita, acompanhada por sua representação gráfica. A autora denominou

---

<sup>18</sup> O subsistema popular consiste em especialistas de cura, não profissionais, não reconhecidos legalmente e com registros limitados de seu conhecimento. É frequentemente denominado de leigo, quando suas terapias utilizam-se do uso de ervas, chás, cirurgias espirituais dentre outras (SILVA; SOUZA; MEIRELES, 2004).

o fluxograma (movimento) como uma ferramenta de análise de quatro tópicos: a experiência da doença, a experiência de busca de cuidados, redes de sustentação e apoio e organização dos serviços de saúde. Optou-se por que esta proposta por acreditar que ilustra de modo mais próximo o presente estudo.

Para a construção dos ITs, foram identificadas em cada grupo focal histórias que melhor englobassem as experiências de busca para os cuidados preventivos do CM, em especial, para a realização da mamografia. Além da representatividade com o grupo focal, os ITs escolhidos foram considerados os mais ricos e completos, por apresentarem mais detalhes sobre os quatro tópicos destacados no referencial: a experiência da doença, a experiência de busca de cuidados, as redes de sustentação e apoio e organização dos serviços de saúde. As setas foram utilizadas para demonstrar os fluxos aos serviços de saúde: setas tracejadas significam fluxo não regulado e setas contínuas, fluxo regulado. Não foi utilizada a sequência temporal, como representação nos ITs aqui trabalhados, por serem as histórias desencadeadas a partir de conversas nos grupos focais. Vale lembrar que, mesmo realizando entrevistas para esclarecimentos de algumas informações, não se levou em consideração a temporalidade e, sim, as estratégias e os arranjos para a busca do cuidado nas dimensões destacadas, para a realização da mamografia.

### 6.1 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO 1: “A HISTÓRIA DE JASMIM”

O itinerário terapêutico de Dona Jasmim representa a história relatada por uma das participantes do Grupo Focal 3, realizado em área sem cobertura pela Unidade de Atenção Primária à Saúde e tendo como referência uma Unidade Regional Norte.

As falas de Dona Jasmim são representativas do GF 3, pois conseguiram englobar várias experiências de busca para os cuidados preventivos com o CM, sobretudo para a realização da mamografia. São constantes as tentativas frustradas a fim de se conseguir ficha nos serviços de saúde, os trajetos percorridos, os apoios sociais, o que também foi presente nas falas das outras mulheres participantes desse grupo.



Dona Jasmim é uma mulher moradora da zona norte do município de Juiz de Fora, tem 65 anos, é magra, negra, cabelos curtos e alisados. Dona de casa, aposentada como empregada doméstica, mãe de três filhos homens, sendo que dois deles são do primeiro relacionamento e o filho mais novo do último enlace. Moradora do bairro “Estrela”, onde nasceu há 65 anos, situado na zona norte do município de Juiz de Fora. Informou que estudou até a 4ª série nessa mesma comunidade. Mora com o seu filho caçula e relatou não ter boa convivência com ele, pois tem bebido muito, além de estar muito gordo – mora em uma casa de fundos, sendo que na casa da frente mora o irmão e seu filho mais velho. A casa é bastante arejada, com horta no fundo do quintal, entretanto como as demais casas da vizinhança. A família tem problemas com o retorno da água em épocas de chuva. A casa fica ao lado de um córrego. Na busca por atendimento às ações preventivas ao CM, em particular a mamografia, a depoente relatou que não a faz e tampouco o exame preventivo há mais de 25 anos. Nesse sentido, analisou-se a lógica que a direcionou nesta questão:

*Hoje depois que ganhei meu último filho, há 25 anos, nunca mais mexi com médico.... caçar preventivo nada.*

Dona Jasmim, quando abordada a respeito de seu conhecimento sobre CM, disse que nunca teve a doença, nem alguém de sua família. Entretanto, respondeu que já ficou como acompanhante em um hospital da cidade com uma pessoa conhecida. Relatou também ter conhecido, em seu bairro, outra pessoa que também teve câncer. Disse que essa conhecida vivia chamando-a para ir visitá-la em sua casa, depois acabou morrendo. Com isso, Dona Jasmim disse que ficou muito impressionada, com medo:

*[...] Eu fiquei impressionada, com medo... não é fácil não.*

*[...] Ah! Sei lá... a gente fica assim pensando. Mesmo ela cuidando igual ela cuidou não... não teve jeito.*

*[...] Ah! Mas eu acho que quando tem que ser sei lá, não adianta não, não resolve não.*

Sobre os cuidados com sua mama, destacou que, na hora de tomar banho, fazia a apalpação, mas o exame de mama (mamografia) ela nunca tinha feito,

inclusive disse ficava muito “sem graça”, pois várias amigas já tinham feito o exame e ela não:

*[...] uma montueira de gente todo mundo já tinha feito eu fiquei com vergonha que eu nunca tinha feito, fiquei com vergonha menina. Falei: “Gente só eu que nunca fiz!”. Fiquei sem graça”.*

Relatou que utilizava a Unidade Regional Norte do bairro, quando precisava. A distância da sua casa até esse serviço de saúde é de aproximadamente 1.000 metros, de modo que ela pode ir a pé quando necessita utilizar essa unidade. Tal relato evidencia que a porta de entrada ao sistema de saúde para essa usuária não é uma UAPS e, sim, uma unidade de nível secundário de atenção à saúde. Nesse sentido, entende-se que aqui a rede é fragmentada. De acordo com Mendes (2010), nos sistemas fragmentados o conjunto de pontos de atenção à saúde não se intercomunicam, dificultando a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário. Dessa forma, a integralidade fica comprometida, e o usuário não tem as suas necessidades de saúde atendidas. Associado a isso, observou-se o acesso do usuário sendo direcionado apenas à consulta médica, sem resguardar prioridade para medidas de prevenção e direcionando a atenção para intervenção de natureza curativa.

Dona Jasmim disse que não consegue pegar ficha para consultar com os médicos, pois ela tem que entrar na fila de madrugada para conseguir uma consulta. Relata que um dia tentou marcar uma consulta para fazer o exame preventivo e a secretária de lá disse que ela teria de madrugar na fila, segundo ela – como não soubesse – pois já mora no bairro há mais de 60 anos. A fila representa uma dificuldade de acesso, pois ela tem de chegar ao local de madrugada, apesar de poder ir a pé. Aqui a fila aparece como impedimento para o cuidado, impedimento que é potencializado pela idade da depoente, hoje com 65 anos. Diversos estudos têm mostrado os diferentes caminhos trilhados pelo usuário na busca pelo cuidado e as dificuldades encontradas por eles durante essa trajetória. A “fila” como condição para obter atendimento de saúde apresentou-se como uma barreira a ser vencida para que o atendimento se concretize (PONTES et al., 2009). A falta de vinculação e responsabilização com a clientela, característica de tal unidade – Unidade Regional Norte – reforça ainda mais os pontos destacados anteriormente.

Outro aspecto que se mostrou na análise do IT de Dona Jasmim foi a concepção de cuidado que ela traz, centrada principalmente na figura do médico. A lógica de atenção ainda é voltada para a doença, ou seja, para a consulta médica. Aspectos referentes à prevenção, sobretudo no que se refere ao CM, ficam quase esquecidos. Prosseguindo na lógica destes estudos, outro exemplo se encontra nos estudos de Machado (2007, p. 338), que afirma: “o modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, como exemplo a mamografia- exame de solicitação médica, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários”. Observou-se, ainda, que o predomínio do atendimento é centrado no médico. O usuário se comporta de forma passiva e a participação da comunidade é inexpressiva.

O apoio da irmã foi considerado fundamental para Dona Jasmim no que se refere à aquisição de medicamentos da Unidade Regional Norte. Relatou que tem uma irmã que trabalha na farmácia dessa unidade e sempre que precisa de algum medicamento busca lá. A irmã, no entanto, não consegue agendar a consulta médica, o que força Jasmim a ir de madrugada para a fila. Dona Jasmim informou que já até tentou fazer os exames preventivos (exame clínico da mamas, mamografia) lá, mas desistiu. Certamente essas buscas frustradas aos cuidados preventivos reforçam ainda mais, no usuário, a concepção de cuidado voltada apenas para a doença. Compreender os caminhos, as diferentes trajetórias, pelos quais ele busca o cuidado, implica reconhecer as redes sociais como elemento fundamental na busca desse itinerário. Nesse sentido, as redes sociais se configuram como mecanismos importantes para explicar novas formas de solidariedade, constituindo-se como representação dos relacionamentos afetivos ou profissionais dos seres entre si ou entre seus agrupamentos de interesses mútuos (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Além dessa dificuldade, Dona Jasmim ressalta que, quando acontecia de recorrer à Unidade Regional Norte, na maioria das vezes, era atendida por acadêmico, apesar de dizer que não se importava com isso. Segundo ela, o mais importante era ser atendida. Ainda sobre a Unidade Regional Norte, ela disse que há pessoas que vão lá todo dia. Ela fez uma observação a respeito disso: as pessoas que vão lá todos os dias tomam lugar daqueles que, realmente, necessitam, prejudicando o andamento do serviço.

Reconheceu-se, então, que o usuário apresenta um olhar crítico sobre a forma de organização dos serviços de saúde. A lógica de organização não é centrada no usuário e, sim, em uma burocracia de organização. Para Bonet e outros (2009), que se debruçaram sobre o assunto, o deslocamento da visão de quem opera o sistema de saúde: gestores e profissionais, definindo "por dentro" a forma como os usuários devem caminhar é fundamental. No entanto, é importante ressaltar que o olhar do usuário nessa perspectiva de avaliação do sistema parte, em geral, de normatizações já elaboradas ou definidas, não ampliando, efetivamente, o campo de escolhas deste sujeito.

Dona Jasmim expressou tal situação ao destacar a não inclusão da necessidade do usuário no funcionamento do atendimento, quando diz que não fez a mamografia porque tem dificuldades para marcar a consulta na policlínica, unidade secundária definida como porta de entrada para a população de referência, não coberta por unidade de atenção primária. Deixou claro que, realmente, só usa esse serviço quando não tem outra opção. Entretanto, mencionou que tem uma médica ginecologista, com quem fez o pré-natal, conhecida dela que dispôs a atendê-la e encaminhá-la para o hospital quando ela necessitasse. Mais uma vez, a questão da rede social ou de apoio aparece, contudo na figura de um profissional de saúde, do próprio serviço, além de ser uma pessoa com quem mantém vínculos de afetividade. Dona Jasmim enfatizou que viu essa médica crescer, pois trabalhou na casa da mãe dela por muitos anos:

*Aí ela falou assim: "Cê [referiu-se à médica] vai, fica lá na porta, que eu vou te atender". Mas e o medo? O medo de eu ir lá, ficar na porta, ela me chamar e o pessoal achar que eu tava passando na frente do outro ainda caçar confusão.*

Para escapar da Unidade Regional Norte – unidade de porta de entrada –, Dona Jasmim, em outro momento, disse ter buscado outro serviço de saúde de nível secundário – o Instituto da Mulher, o qual ela conhece como "Palácio da Saúde". Este órgão está situado no centro da cidade de Juiz de Fora onde também não conseguiu realizar o exame de mamografia, apesar de ter a figura do pai como facilitador do acesso, conforme relado em outro momento. Enfatizou que aí também enfrentava dificuldades, pois tinha de dormir na fila para pegar ficha para o atendimento, informou que isso era muito ruim, pois a dificuldade para conseguir

uma consulta, na maioria das vezes, era imensa, conforme se pode verificar em seu depoimento:

*[...] Eu, na minha opinião, esse negócio de pegar ficha, isso é que me mata. É... aí você chega lá tem um montão de gente ... - Aí, não tem como [...] Ah! Eu já dormi muito na fila, deixava as vezes... saía lá de casa cedo e ia pra cidade também... Apanhava o ônibus quatro horas da manhã, tinha que descer lá na praça, já fui muito. Ia pra mim, ia pro outro que me pedia... Mas que é difícil é, não é fácil não.*

A fila aparece novamente como impedimento, como lógica de organização dos serviços. Nesse caso, observa-se a persistência de organização dos serviços de saúde pela lógica apenas direcionada para a demanda espontânea, o que está em desacordo com o princípio da integralidade. Nota-se que o usuário precisa dirigir-se a unidades diferentes conforme suas necessidades.

Continua a busca de Dona Jasmim por cuidado e agora relata a trajetória para o nível terciário, ou seja, Hospital Universitário (HU). Em seus depoimentos, deixou evidente que gostava muito do atendimento oferecido pelo “Hospital Escola da cidade”, situado no centro, e que gostaria de voltar lá. Informou que tinha uma vizinha que trabalhava nesse hospital como secretária. Então, sempre que ela precisava consultar, sua vizinha marcava a consulta e o melhor é que ela nem precisava passar pela Unidade Regional Norte primeiro, como “hoje em dia”. Informou que já usou muito aquele hospital para fazer consultas com dermatologista e onde já fez até cirurgia. Entretanto, referente aos exames preventivos do CM, estes não lhe foram garantidos. Sobre os aspectos favoráveis, na percepção de Dona Jasmim ao atendimento oferecido pelo “Hospital Escola”, apesar de não ter sido abordado em sua integralidade, considerou satisfatório. Esse hospital ofereceu-lhe recursos que são valorizados por ela, por exemplo, a ausência de filas. Ela disse: pode-se “ir direto”. Sobre esta percepção do usuário, Franco e Merhy (2005) trazem reflexões que clareiam o assunto:

Geralmente a procura do usuário pelo serviço de saúde se dá pela percepção que este tem do que é ofertado, como a necessidade de uma cirurgia, realizar uma mamografia etc. Essa percepção é formada por um conjunto de representações construídas no imaginário do usuário, quando este busca o atendimento as suas necessidades de saúde nos serviços. (FRANCO; MERHY,2005, p. 701).

Hoje, Dona Jasmim acha “muito ruim de tratar”, pois tudo tem que passar pela Unidade Regional Norte primeiro, antes de ir para o hospital. A partir de seus relatos, notamos que, atualmente ela não recorre ao Hospital Escola, pois:

*[...] hoje tá muito ruim, eu não posso ir direto pro hospital, primeiro porque ele está lá nas alturas, (num bairro situado na cidade alta)... segundo porque a gente tem que passar primeiro na Unidade Regional Norte pra depois ir pra lá... Antes eu ia direto...*

*Mas tudo tem que passar nessa Unidade Regional Norte e eles não resolvem nada. O difícil é isso, tem que passar ali primeiro. Não pode ir direto no hospital.*

Nesse sentido, observou-se uma característica importante na busca pelo cuidado, empreendida por Dona Jasmim, ou seja, a sua ida ao nível terciário, a fim de encontrar solução para seus problemas de saúde. Apesar de ter uma médica ginecologista, com quem fez o pré-natal, ainda assim, Dona Jasmim relatou não gostar de ter que passar primeiro pela Unidade Regional Norte – o que impede o acesso direto ao hospital. Mais uma vez, percebemos a presença de rede social de apoio neste nível de atenção – a figura da médica. Certamente, tem fundamento os argumentos de Dona Jasmim, visto que, por meio da Unidade Regional Norte ficou evidenciado que ela não tem conseguido atender as suas necessidades de saúde.

Dona Jasmim também relatou que paga um plano funerário há mais de 15 anos, chamado “Portal da Luz”, cujo valor é de R\$ 16 reais mensais. Esse plano lhe permite consultar com o dentista, ginecologista e dermatologista, pagando apenas a metade da consulta (R\$ 8,00). Afirmou que já gostou mais do plano, pois um dia, precisou de serviços médicos e buscou atendimento com a ginecologista, mas ao chegar ao local, a secretária disse que não tinha mais vaga naquele dia. Então, ela foi procurar o farmacêutico antigo do bairro para que ele lhe vendesse um remédio e, nesse caso, ela disse: “foi bater e valer”. A postura de Dona Jasmim é pertinente às seguintes observações:

O fato da pessoa com dor procurar o serviço farmacêutico em detrimento às unidades de saúde profissionais sugere que ainda persiste a crença de cura e resolução dos problemas neste setor ou que nas unidades de saúde o alcance da resolutividade é demorada, devido aos fluxos, inúmeros procedimentos ou até mesmo pela falta do acolhimento na relação entre profissional – usuário e, ainda, o farmacêutico ser uma pessoa vista como do grupo, da comunidade, mas por outro, ter conhecimentos gerais do sistema médico e então, ajudar na orientação pela busca ou não pelo serviço de saúde oficial (NABÃO; MARUYAMA, 2009, p. 103).

Desde o referido episódio, Dona Jasmim nunca mais consultou por esse plano funerário, foi para outro chamado “Plano para todos”, com propostas semelhantes ao anterior. À exceção da Unidade Regional Norte, os demais serviços de busca de cuidados de saúde situam-se no centro da cidade aproximadamente a 20 Km de sua residência, fator dificultador para o acesso aos serviços de saúde. Relatou que gastava, em média, quatro vales-transporte para se locomover para os referidos locais.

Os planos funerários com extensão para serviços médicos têm se expandido apesar de serem combatidos por algumas entidades profissionais. Os indivíduos mais desfavorecidos economicamente demandam mais pela busca dos serviços de saúde por problemas de doença, em detrimento de exames de rotina ou prevenção. Tal postura faz com que os indivíduos economicamente desfavorecidos gastem mais com plano de saúde, embora tenham direito a uma menor cobertura. Os planos funerários com convênio médico têm feito parte dessa modalidade de seguro (NERI; SOARES, 2002). Observamos, no entanto que esses planos têm sido chamariz de consultas médicas, pois o que se nota, conforme a fala de Dona Jasmim, é que muitas vezes o usuário não consegue ter suas necessidades de saúde atendidas conforme preconizado por esses planos. Esses planos oferecem como atrativo para a venda a “facilidade de acesso” em detrimento da garantia do cuidado buscado pelo usuário. Como forma de escapar dos serviços oferecidos pelo SUS, o usuário, frequentemente, busca outras saídas, para resolver seus problemas.

Outro fato importante nos depoimentos de Dona Jasmim é o destaque dado para o enfoque da saúde na perspectiva da doença. No entanto, é importante destacar que tal compreensão pode estar sendo reforçada pela maneira como o serviço de saúde se organiza para “atender” às demandas, o que fortalece ainda a lógica do enfoque voltado para a doença.

Apesar de o plano funerário em questão ter ginecologista e de ela já o ter procurado anteriormente para questões dos exames preventivos e sem êxito, mencionou que a maioria das pessoas que procuram o médico do plano é para situações como – dedo machucado, dor de dente – algumas já ocorridas com ela. Relata também ter procurado o HU para cirurgia e outras demandas. Nesse sentido, a lógica da doença alimentada pelos usuários tem dificultado a mudança do modelo assistencial de saúde. Reforçada pela associação com a prática de alguns profissionais e a organização dos serviços, que valorizam mais a consulta, a medicação é prescrita em detrimento das práticas de educação em saúde, de autocuidado e do trabalho com fatores de risco. E assim ocorre um verdadeiro ciclo vicioso: o profissional não faz prevenção porque não acredita nessa estratégia ou por causa da demanda espontânea, que é imensa, e a demanda cresce cada vez mais, pois, se não há promoção da saúde e prevenção, o usuário adoece e procura cada vez mais o profissional por causa da doença e o profissional não consegue sair do consultório em razão da demanda que aumenta a cada dia. Observou-se que Dona Jasmim tenta conseguir a consulta médica para ter acesso à mamografia, mas este é um processo muito dificultado o que a faz desistir. Realmente, cabe ao profissional a responsabilidade de incorporar no cotidiano de suas práticas abordagens preventivas e promocionais, otimizando os diversos momentos de contato para a realização ou a solicitação de procedimentos de cunho preventivo, que na situação em questão se refere ao diagnóstico precoce.

Com tal experiência por busca de cuidados, Dona Jasmim percebe o cuidado com a saúde da seguinte maneira: toma Omeprazol e Ômega 3, não abusa na comida e fica “pedindo a Deus prá não precisar ir ao médico”. Ou seja, acha melhor não precisar usar os serviços de saúde. A dificuldade em ter sua necessidade atendida, mesmo usando várias estratégias, reproduz um sentimento de desistência, de desânimo, então, para ela, o melhor é se apoiar em uma fé, em uma esperança e “largar pra lá...”, conforme o seguinte relato:

*Hoje depois que ganhei meu último filho, há 25 anos, nunca mais mexi com médico... caçar preventivo de nada.*

Percebe-se, pelo exposto, que a persistência de Dona Jasmim em não realizar a mamografia advém de diversos fatores que dificultam o acesso da mesma

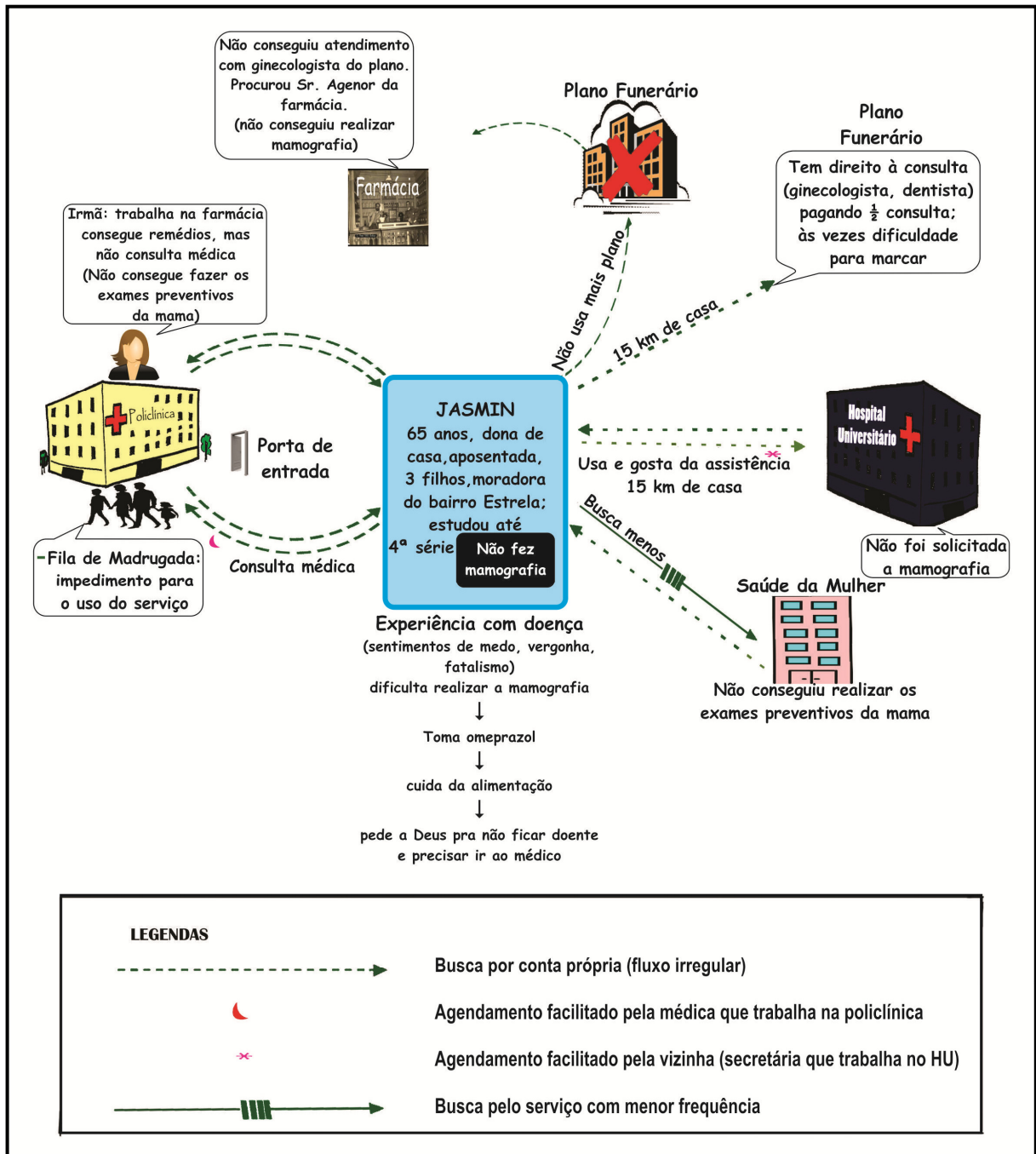


aos serviços de saúde. A questão é potencializada pelas experiências/convivência com a doença, o que traz medo e vergonha por saber que “tem que fazer” a mamografia e outros exames preventivos de câncer de mama e não o faz.

Assim sendo, é relevante perguntar qual a importância que nós, profissionais, atribuímos às práticas de promoção da saúde e prevenção da doença, já que criamos ou mantemos tantas barreiras para o acesso a elas. Se nós, que fazemos o discurso longamente aprendido e não o colocamos em movimento através das práticas, como esperar que as mulheres perseverem nessa busca pela promoção e prevenção a despeito de toda dificuldade vivida? Algumas destas respostas podem ser identificadas no itinerário terapêutico de Dona Jasmim ( Figura 4), onde se observa que há um predomínio das setas que indicam busca ativa por práticas de prevenção do CM por parte dela. Isso demonstra, claramente, sua valorização por essas práticas e o acesso reiteradamente negado a ela pelos serviços de saúde.

A Figura 4 mostra o desenho das trajetórias que compõem o IT de Dona Jasmim:

Figura 4 – Desenho ilustrativo do itinerário terapêutico de Dona Jasmim



Fonte: A autora

## 6.2 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO 2: A HISTÓRIA DE DONA AZALEIA

O Itinerário Terapêutico de Dona Azaleia representa a história relatada por uma das participantes do Grupo Focal 1, realizado em área com cobertura pela Unidade de Atenção Primária de Saúde – ESF.

Dona Azaleia tem 76 anos, de pequena estatura, possui pele clara e com bastante marcas de expressão. Tem cabelos ralos e escorridos, usa prótese dentária com aparência de desgaste. É analfabeta e, sempre que precisa de contato com textos escritos e de se locomover, recorre às pessoas para ajudá-la. É viúva há mais de 20 anos, sendo que foi casada por duas vezes. Teve quatro filhos com o segundo esposo – três mulheres e um homem. Dona Azaleia vive com uma pensão deixada pelo último marido no valor de, aproximadamente, um salário mínimo. É do lar e nunca trabalhou fora de casa. Em 2009, teve uma queda e fraturou a “bacia” e, desde então, usa muletas para se locomover, o que faz com certa dificuldade.

Morou boa parte da sua vida em um bairro de periferia, em uma casa cedida pelo filho. A casa tinha dois andares, ela morava em cima e a neta, no andar de baixo. Entretanto, Dona Azaleia ficava muito sozinha, pois a neta nunca estava em casa, tampouco lhe fazia companhia. Foi então, que o filho dela resolveu fazer um “puxadinho” para sua moradia, nos fundos da casa de uma de suas filhas. Hoje reside com uma das filhas, que é separada do marido, e mais dois netos adolescentes. A casa é localizada em um dos bairros da região norte de Juiz de Fora e com topografia acidentada, possui transporte público, água e luz. A residência é debaixo de uma passarela de carros e o local é bastante barulhento. Ela tem seu quarto e banheiro independentes do restante da casa. A liberdade, segundo ela, não tem preço. A filha mora com os dois filhos, na parte da frente da casa. O local dá a impressão de um cortiço, muito apertado e os cômodos mal divididos.

Dona Azaleia é hipertensa, diabética e cardiopata. A hipertensão e o diabetes ela trata na UAPS, faz controle com Dr. X, e disse que o adora. A distância da sua casa até a Unidade de Saúde, andando a pé, é de aproximadamente 20 minutos. Ela prefere subir e atravessar a passarela, aguardar o ônibus que passa na porta da UAPS. Como tem dificuldades para andar, hoje usa esse benefício.

Dona Azaleia faz o controle de suas patologias crônicas nessa unidade de saúde há um bom tempo. Disse que, apesar de não morar mais no bairro, onde está

situada a referida UAPS, gosta de tratar lá por dois motivos: primeiro, porque gosta muito da equipe de saúde de lá. Neste momento se expressou de maneira calorosa, principalmente a respeito do médico. Segundo, porque a UAPS de sua atual comunidade está em reforma. Dois pontos importantes chamaram a atenção, pois, a figura do médico aqui aparece como responsável por todo seu cuidado, ou seja, ele responde como uma figura central nas definições de fluxo; a outra questão foi o fato de ela morar em um bairro e utilizar os serviços de saúde de outra UAPS.

Quanto à prevenção ao CM, ela disse que não quis fazer os exames. Relatou que a ACS já a “adulou”, que ia marcar consulta, inclusive, com uma “enfermeira muito boazinha”, pois, além dessa profissional, ainda há um médico e outro enfermeiro responsáveis pelo preventivo daquela unidade. Mas nem assim, agendando o exame com uma profissional do sexo feminino, Dona Azaleia manifestou vontade de fazer o preventivo. Ela disse que nunca fez preventivo de CM. Segundo ela, “tem muito” é diabete, pressão alta, artrose. Mas “essas coisas de câncer não sabe, não”. E, além do mais, ela informou que o seu médico nunca pediu exame nenhum, nem a mamografia. Segundo ela: “Ele sabe né!”, referindo-se ao médico. Ela disse também que tem medo. Mais uma vez, observou-se que o profissional de saúde não tem aproveitado os momentos da consulta para abordar o usuário de maneira integral e o acolhimento humanizado não tem sido garantido ao usuário.

Segundo Mendes (2002), os sistemas de atenção à saúde são definidos pela *World Health Organization* (2000, p. 5) como “o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população”. Observa ainda que para isto os serviços devem oferecer resposta às “necessidades, demandas e representações das populações”. Portanto, é necessário que exista um acolhimento humanizado; a garantia de uma proteção adequada dos riscos da prestação de serviços efetivos com qualidade (MENDES, 2002). Na perspectiva de Dona Azaleia seus problemas de saúde se concentram no diabetes, hipertensão e artrose e é para eles que busca solução.

Ainda sobre a relação médico-usuário, como já visto anteriormente, Dona Azaleia é receptiva às orientações terapêuticas do profissional. Contudo, observou-se que, mesmo neste quadro tão favorável a um encaminhamento para a mamografia, não existe esse procedimento por parte do médico. Como o médico com quem estabelece vínculo não valoriza as ações de prevenção ao CM, Dona

Azaleia passa também a considerá-las desnecessárias. Vemos, assim, que a lógica dela em relação ao que seja “problema de saúde” é tecida por uma gama de situações que se imbricam. Segundo Dona Azaleia:

*[...] Exame da mama, eu nunca fiz. Só fiz o preventivo uma vez. Mas tem tanto tempo que eu nem me lembro mais [risos].*

*[...] Ah! Prá começá o médico nunca pediu também, o preventivo. Fiz 1 vez e nunca pediu não. Semana passada mesmo eu consultei aqui, eu vim no médico. Agora só vou voltar em dezembro, se Deus quiser.*

Nessa situação vê-se a falácia de acreditar que, uma vez que estabelecido o “vínculo” com o profissional de saúde, as práticas de prevenção ao CM ocorrerão. É necessário pensar que a valorização dessa prevenção deve ser engendrada pelos profissionais nos diferentes contatos, para além das campanhas de sensibilização das mulheres. Neste contexto, é importante que todos os profissionais de saúde, sejam “sensibilizados” de seu papel, sendo de sua responsabilidade a solicitação dos procedimentos necessários. Cabe, também aos profissionais e serviços de saúde derrubar as barreiras que dificultam o acesso das mulheres às ações de prevenção.

É preocupante deparar com profissionais capazes de submeter uma mulher a uma consulta, seja para controle de HAS, DM, prevenção do câncer de colo uterino ou outro atendimento e não se interessar em avaliar as mamas e solicitar mamografia quando indicado. Muitos pedem para a mulher retornar outro dia ou com outro profissional para realizar avaliação da mama. É lastimável como alguns profissionais conseguem dividir a mulher em partes, avaliar a parte que ele acredita ser especialista nela e deixar as outras partes para outros profissionais e, o pior, é observar essa prática acontecer em uma UAPS-ESF.

Outro aspecto fundamental da atenção integral é a necessidade de criação de espaços para diálogos entre os profissionais e os usuários. Aproveitar os momentos de abordagem terapêutica para a interação com os mesmos é de fundamental importância, principalmente para as pessoas que estão na terceira idade, levando-se em consideração as dificuldades de acesso aos serviços como já apontadas neste estudo.

Ainda sobre assunto – mamografia, preventivo e CM – dona Azaleia correlaciona os mesmos com vida sexual ativa, dizendo para a ACS:

*“já tô velha, não tenho mais marido e não vou mexer com isso não”.*

Ela relatou ainda que perdeu uma das filhas com câncer, talvez este seja mais um reforço às suas dificuldades em falar sobre o assunto e a resistência ao exame mamografia e preventivo. Segundo ela:

*[...] Um, num gosto de falar nisso [pausa].*

*[...] Não ué, eu acho que se a gente ficar sabendo é pior né. Vai ficar mais preocupada, mais, assim [ Pausa] Eu acho que é pior mesmo a gente saber da doença [...].*

*[...] Já ouvi fala que dói. Experiência.*

Outro momento das experiências de Dona Azaleia, em seu itinerário, foi a queixa para a ACS que seu cabelo estava caindo muito:

*[...] teve uma vez que meu cabelo tava caindo muito, muito. Ai eu fiz um exame acusou a tireoide. A queda de cabelo era da tireoide. Fiquei com medo demais de ser outra coisa [pausa].*

A ACS solicitou ao médico do posto um encaminhamento para levar Dona Azaleia ao dermatologista. Observe-se aqui que a marcação de consulta foi realizada de maneira informal, contando com relações de amizade entre a usuária e a ACS. Referente a esta questão, Meneses (2007) traz uma definição interessante sobre a rede social:

*A rede social, a partir da metáfora da rede do pescador, está tecida por nós. Estes nós representam pessoas e instituições que criaram vínculos de diversas qualidades e intensidades. Os fios que permitem “amarrar” esses nós estão constituídos pelas relações, pelos vínculos, pelas diversas formas comunicacionais. Assim, um nó pode ser tecido por uma pessoa, por um grupo, por uma comunidade. (MENESES, 2007, p. 1).*

Com a ajuda da ACS Dona Azaleia conseguiu consultar com a médica no PAM-Marechal (nível secundário de atenção). Foi detectado problema da tireoide. A partir de então ela faz uso do Puran T4<sup>®</sup> (L-tiroxina-levotiroxina ou T4), remédio que ela compra na farmácia, pois não é disponibilizado na UAPS. Na unidade, ela consegue apenas o captopril e sinvastatina. Com o resultado dos exames e diagnóstico referente à tireoide, a mesma dermatologista deu encaminhamento para

a endocrinologista. Dona Azaleia chegou a consultar com ela no Hospital “Serro Azul” – hospital filantrópico e de ensino. Depois disso continua fazendo seu tratamento na UAPS com o Dr. X. Observa-se, mais uma vez, a abordagem pelos profissionais de saúde sendo pautada apenas na queixa principal do usuário. Aspectos da prevenção ao CM ou outra abordagem ginecológica não têm sido valorizados, tampouco incentivados nesse grupo etário:

*[...] Ando tonta diariamente e remédio não tá valendo nada. Dr. N me passou um outro remédio e tá pior.*

Dona Azaleia só conseguiu encaminhamento para os serviços de maneira regular, de acordo com os fluxos formais, graças à “ajuda” da ACS, que consegue priorizar a marcação de consulta na UAPS, mesmo a usuária não residindo mais naquela comunidade. Trata-se aqui de um paradoxo, pois para que o “formalizado” ocorra é preciso “intervenção externa”. Ou seja, o “fluxo” não dá conta de se autorregular, mostrando sua ineficiência intrínseca.

Dona Azaleia continua sua busca. Faz tratamento “para o coração”, em outro hospital de ensino desta cidade, “Hospital Acolhida”. Também, nesse serviço, não é percebida a questão da prevenção, então, mais uma vez, a queixa principal da doença está sendo valorizada. Ela disse que é a ACS que a acompanha quando ela precisa, pois não conta com a família – a filha trabalha em uma padaria e a neta nunca pode ir com ela. Como Dona Azaleia é analfabeta, a ACS é quem marca no seu cartão os dias de retorno no referido hospital. Segundo ela, as consultas são agendadas aproximadamente a cada 4 meses. Mencionou que “gosta muito de lá”. Mais uma vez a presença do ACS se faz com apoio e amizade à Dona Azaleia, podendo-se observar que uma profissional de saúde desempenha papel de integrante da rede social, além de família e amigos. De acordo com Bellato, Araújo e Costa (2008, p.181), “a busca por cuidados, empreendida pelo usuário, não se restringe apenas aos serviços de saúde e seus profissionais, mas dela participam a família, os amigos e membros, instituições outras, que não de saúde e maneira bem ativa”. No seguinte relato, Dona Azaleia confirma o pensamento dos autores:

*[...] A Marta (ACS) marca pra mim na folhinha quando eu tenho que voltar no hospital.*

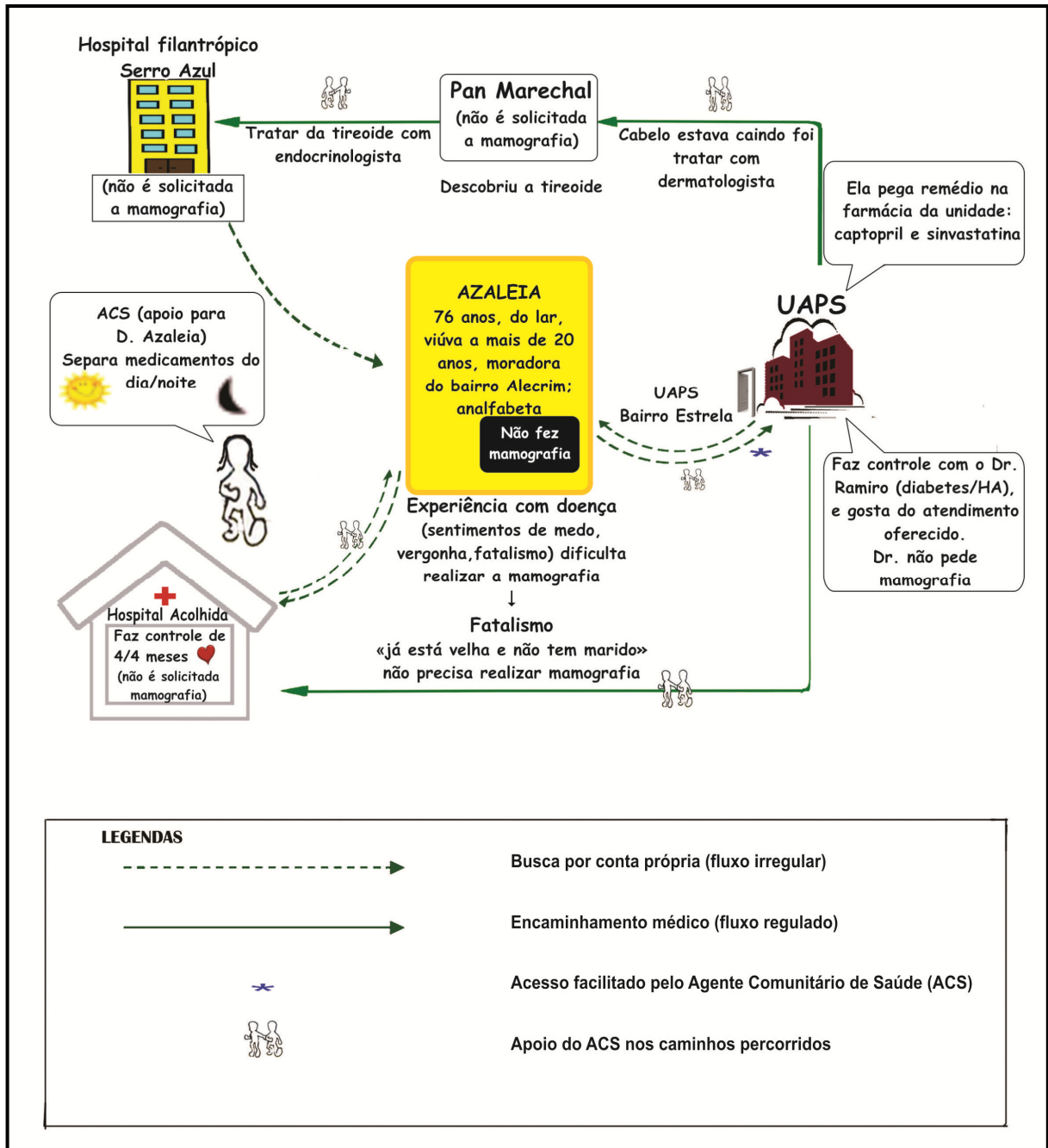
Além do agendamento, a ACS é responsável por separar os remédios dela. O desenho do sol significa (medicamento do dia) e lua (medicamento da noite). Dona Azaleia, que se sente muito sozinha, relatou que gosta muito da agente comunitária e demonstrou muita ternura e gratidão ao mencionar o nome dela. Afirmou, inclusive, que tem “a liberdade” de ligar para a casa dela quando precisa de ajuda. Quando se fala em estabelecimento de vínculo entre o profissional e a pessoa cuidada o que se precisa ter como parâmetro é: o importar-se e responsabiliza-se com o outro, desenvolvendo modos próprios e personalizados de cuidar “ dessa pessoa”, com o que ela tem de dificuldades e possibilidades e não apenas atendendo a um “protocolo” que especifica um fazer standartizado/engessado. Na trajetória de Dona Azaleia, a ausência de encaminhamento para mamografia e outros exames preventivos parece que se deve mais ao não encaminhamento dos profissionais, uma grande lacuna do sistema de saúde. Vale ressaltar que aquilo que está sendo considerado como “encaminhamento médico” só é possível de se concretizar em alguma medida pela intervenção pessoal e ativa da ACS. Isso demonstra a pouca efetividade dos fluxos formais do SUS.

Vale lembrar que a usuária busca cuidados em uma unidade de saúde com cobertura de atenção primária. Apesar da acessibilidade da usuária na rede de serviços de saúde, em relação aos exames preventivos para o CM, estes não são solicitados por nenhum profissional, seja ele de APS ou outra especialidade. Continua tendo a figura do médico como central, entretanto, este cuida do diabetes e da pressão, mas não se preocupa com a prevenção do CM. Associados a esta questão, ainda existem o medo e a vergonha e, assim, Dona Azaleia não se preocupa com as medidas preventivas para o CM, pois não existem sintomas como acontece com uma crise hipertensiva ou de hiperglicemia.

A Figura 5 mostra o desenho das trajetórias que compõem o IT de Dona Azaleia:



Figura 5 – Desenho ilustrativo do itinerário terapêutico de Dona Azaleia



Fonte: A autora

### 6.3 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO 3: “A HISTÓRIA DE DÁLIA”

O itinerário terapêutico de Dália representa a história relatada por uma das participantes do Grupo Focal 2, realizado em área de unidade de saúde tradicional.

Dona Dália tem 71 anos, é clara, de pequena estatura, gorda, cabelos lisos e bastante ativa. É do lar, estudou até a terceira série e nunca “mais quis saber de escola”. É casada e mãe de oito filhos, avó de 11 netos e bisavó de três bisnetos. No momento da entrevista, disse, com muito pesar, que hoje seu maior aborrecimento é um dos netos, que é usuário de craque. Ela disse que ele já morou com ela e hoje está na cadeia devido a roubo e agressão física. Acha ruim a ausência dele dentro de casa, mas “pelo menos assim, eles [referindo-se à família] têm sossego”.

Dona Dália mora em um bairro de periferia de Juiz de Fora há 49 anos. O local é situado atrás da linha de trem, possui transporte público, água e luz. É cortado por um córrego que desemboca no rio Paraibuna. O córrego, às vezes, transborda, trazendo transtorno para os moradores locais. Dona Dália disse que foi uma das primeiras moradoras do bairro. Filha única, mudou-se com os pais ainda “mocinha” para lá. Recorda que havia somente umas poucas casas e o restante eram as imponentes fábricas, “vitrines da cidade” naquela época. Hoje, segundo ela, a realidade é outra. A comunidade cresceu, foram chegando pessoas estranhas no bairro e já não se tem mais o mesmo sossego de antes. Dona Dália ainda mora na mesma casa e a residência é própria. No andar de cima da casa, mora um dos filhos e a esposa, já na parte de baixo ela mora com o marido e um filho solteiro. A renda familiar gira em torno de dois salários mínimos. Vivem com a aposentadoria do marido e, quando o filho está “fichado” em um emprego, ele também ajuda nas despesas. Relatou que o esposo paga um plano funerário com serviços de saúde, entretanto, ele não usa esse plano.

Dona Dália é diabética e faz controle na unidade de saúde do seu bairro há mais de 10 anos. A distância da sua casa até a unidade é de, aproximadamente, 30 minutos a pé. Ela disse que, quando necessita ir até a unidade, ela pega o ônibus e volta a pé para a casa. Nesse momento, ela fez um comentário “não dá para consultar toda suada”, por isso ela vai de ônibus. Ressaltou também que conhece bem a equipe de saúde. “Quantos médicos já passaram por lá”. Dona Dália enfatizou

que, quando precisa marcar consulta, ela vai para a fila de madrugada e marca para ela, para o filho e esposo, se necessário. Informou que, “se quiser conseguir ficha, tem que ir para fila às 4 horas da manhã, pois às 6 já completou o quadro”. Ela disse que “eles [os médicos] atendem 14 consultas por dia”. Essa é uma estratégia de “sobrevivência” frente as muitas dificuldades que são impostas à vida das pessoas na lógica de se organizar os serviços de saúde. A fila aqui aparece como fator dificultador de acesso ao serviço de saúde. A referência de serviço, para ela, é a UAPS tradicional, cuja organização do atendimento reforça ainda mais essas questões. Os estudos de Pontes e outros (2009) trazem considerações importantes e semelhantes aos achados neste estudo, quando retrata a questão “fila” como fator dificultador para obtenção de exames ou consultas dentro dos serviços de saúde:

A “fila” como condição para obter atendimento de saúde apresentou-se como uma imagem destacada na percepção do senso comum, quando se aborda a universalidade do acesso no âmbito do sistema. Colocou-se, portanto, como barreira a ser vencida para que o atendimento se concretize, na qual a espera (dimensão temporal), a demanda a ser resolvida (dimensão existencial) e a solução - ou não - do problema (dimensão resolutiva) se misturam na representação do próprio sistema, com resultados nem sempre garantidos. (PONTES et al., 2009, p. 502).

Quanto ao exame preventivo do CM, Dona Dália relatou que o fez há muito tempo no “Hospital do Câncer”, depois de ter passado pela unidade de saúde de seu bairro. Como já faz bastante tempo ela está aguardando o retorno da médica ao “posto de saúde” para tratamento.

Cumpramos ressaltar, nesta pesquisa, que existe aqui uma forte valorização do especialista como profissional “capaz” de resolver os problemas de saúde dos usuários. Os estudos de Trad e outros (2010, p. 801), presentes no texto intitulado “*Itinerários Terapêuticos face à Hipertensão Arterial em Família de Classe Popular*”, corroboram os achados neste quando apontam semelhanças nas posturas dos usuários referentes à valorização da especialidade médica e do sistema formal de saúde. Certamente que, nas UAPS com o programa Saúde da Família, isso deve acontecer menos do que em uma unidade tradicional, devido à organização do atendimento muito centrada na doença, atendimento por demanda espontânea e na figura do médico.

A presença do ginecologista e não de uma equipe de saúde reforça essa visão do usuário em questão. Nesse sentido, a equipe de saúde deve trabalhar com a população o papel de cada um na equipe, como o enfermeiro na realização de consulta de enfermagem e com solicitação de exames. Alguns usuários desconhecem essa prática e, com isso, reforçam a lógica do modelo biomédico centrado na doença, nas especialidades e no uso do remédio como única forma de tratamento.

Há o entendimento de que as UAPS tradicionais precisam se responsabilizar mais por seus usuários através do controle dos acompanhamentos, mesmo que não trabalhem com ACS. Muitas vezes, esses serviços não priorizam a questão da prevenção, focando, tradicionalmente, para o atendimento à demanda. Lourenço e outros (2005) afirmam que o sistema de saúde não está estruturado para atender a demanda crescente mais precisamente desse segmento etário, que são os idosos.

Hoje, algumas estratégias estão sendo implantadas em UAPS, como a realização de mutirões de saúde. Estas têm sido algumas das propostas de trabalhar a prevenção, entretanto sabemos que outras questões envolvem o comprometimento dos profissionais saúde, como a satisfação e a condição de trabalho dignas.

Quanto ao autoexame, Dona Dália mencionou que o faz, contudo, somente de vez em quando. Neste momento, ela revelou: “Ah! Não vou mentir não”. Sobre o assunto, assim se expressou:

*[...] Eu palpo as mamas sempre que lembro [risos].*

*[...] Agora eu vou consultar segunda-feira, vou pedir o encaminhamento pra mim fazer o preventivo. A Dra. X, eu vou marcar consulta com ela, marca tudo no mesmo dia e vou marcar com o Dr. Y também, tudo aqui na unidade do bairro.*

*[...] Preventivo, tem bem tempo que eu não vou [risos]. [...] Que... tem mais de uns três anos.*

Dona Dália disse que tem achado muito difícil fazer os exames preventivos, hoje, por vários motivos. Primeiro, porque os médicos marcam a mamografia “lá pros cantões”, referindo-se ao Hospital Universitário de Juiz de Fora, que se mudou para um bairro mais distante. Outra questão que dificulta o acesso ao exame é o preço da passagem de ônibus, segundo Dona Dália fica caro, pois, às vezes, ela chega a

gastar quatro passagens nesse dia. Outra questão mencionada foi a de que depois de todo esse percurso e chegar ao hospital ainda correr o risco de não ser atendida. Disse ela que já teve episódios de chegar alguns minutos atrasada e o médico não atendê-la mais. Isso sem contar que muitos deles não pedem a mamografia durante a consulta. “Como forma de atender ao princípio da integralidade, é recomendado que a equipe aproveite todos os momentos da presença do usuário e o veja como ser integral, inserido na família e na comunidade e facilite o seu acesso” (FARAH, 2006, p. 164). A participante da pesquisa apresentou o seguinte depoimento:

*[...] Ah! Eu vou lá no médico, o médico não pede. Também não vou pedir não. Então fica numa coisa muito, muito mal dividida, mal explicada sabe?.*

Sabe-se que hoje, em Juiz de Fora, a oferta do exame de mamografia tem sido satisfatória, entretanto, o que está bastante evidenciado na fala de dona Dália é que os profissionais não têm enviado as mulheres para realização da mamografia. Em Juiz de Fora, foram realizadas, em 2011, 5.049 mamografias. Em 2010, foram 9.972. Na Zona da Mata, foram feitas 40.828 mamografias em 2010. Neste ano de 2012, até o momento, foram feitos 21.461 exames. Resultados do Programa de Avaliação e Vigilância do Câncer da SES apontam que, em 2010, aproximadamente 342 mil mulheres realizaram o exame de mamografia em Minas Gerais (JUIZ DE FORA..., 2011)<sup>19</sup>.

No seguinte relato, Dona Dália se queixou do atendimento médico:

*[...] É o seguinte, tão com muita falta de interesse. Antigamente você ia no consultório, o médico te vira do lado do avesso pra examinar. Hoje não, hoje eles não tão nem aí não.*

Dona Dália contou que perdeu a mãe com câncer e de forma muito triste. Ela disse que a mãe não cuidou da doença, nem comunicou a família a respeito do assunto. Falou que a mãe ficou quieta e que quando eles descobriram e foram buscar o médico, já era tarde:

*[...] O quê que a gente vai fazer. Ela não cuidou...*

---

<sup>19</sup> JUIZ DE FORA recebe veículo para realização de mamografia. 27 out. 2011. Disponível em: <<http://www.acesa.com/saude/arquivo/noticias/2011/10/27-mama/>>. Acesso em: 5 mar. 2012.

*[...] Hoje eles fala, mas antigamente, o médico era proibido falar mesmo, entendeu?*

*[...] O médico falou: Se ela não souber vai viver mais uns seis, sete anos.*

Há alguns anos, Dona Dália vem atuando como representante/conselheira local do seu bairro. Com isso, ela disse que, às vezes, quase não tem sossego. Disse que é gente na porta da casa dela a todo momento: uns vão para reclamar do ponto de ônibus que mudou de lugar, outros vão solicitar ajuda para ela conseguir marcar consulta no hospital, entre outras. Relatou que já levou ou acompanhou muitas pessoas do seu bairro para consultar na cidade, na Acispes: levou sua patroa, o cunhado e o esposo. Disse que também já consultou lá e gostou muito, no entanto, saiu de lá sem pedido de mamografia. Aqui a usuária, no papel de conselheira, funciona como rede de apoio para as demais pessoas da comunidade:

*[...] Bom ela ta dizendo o negócio lá da Acispes. Eu levei minha patroa lá, levei a minha cunhada, levei o meu marido. Meus exame já tão até aí já, já veio pro posto, eu vou marcar segunda-feira pra ele me mostrar. Fiz exame de urina, fezes, eletro, fiz aquele de osteoporose, fiz tudo quando tipo de exame, entendeu? - Quem ir lá são muito bem atendido. É a funcionária, da faxineira até o médico.*

Mais uma vez, o quadro se repete, pois observa-se que a usuária teve acesso aos serviços de saúde, entretanto não lhe foi garantida a realização dos exames preventivos do CM.

Ela relatou que as pessoas não têm feito os preventivos por falta de orientação dos profissionais e desinteresse dos políticos. Ela acredita que precisa ter mais reuniões na unidade de saúde e reforçar mais esta questão:

*[...] E não tem aquelas pessoa pra orientar, prá falar sobre o preventivo, Oh! Se tá precisando fazer mamografia, vocês precisam fazer preventivo. Agora se tiver uma vez por mês ou de quinze em 15 dias, uma reunião aqui na unidade... ficava mais preocupado em fazer.*

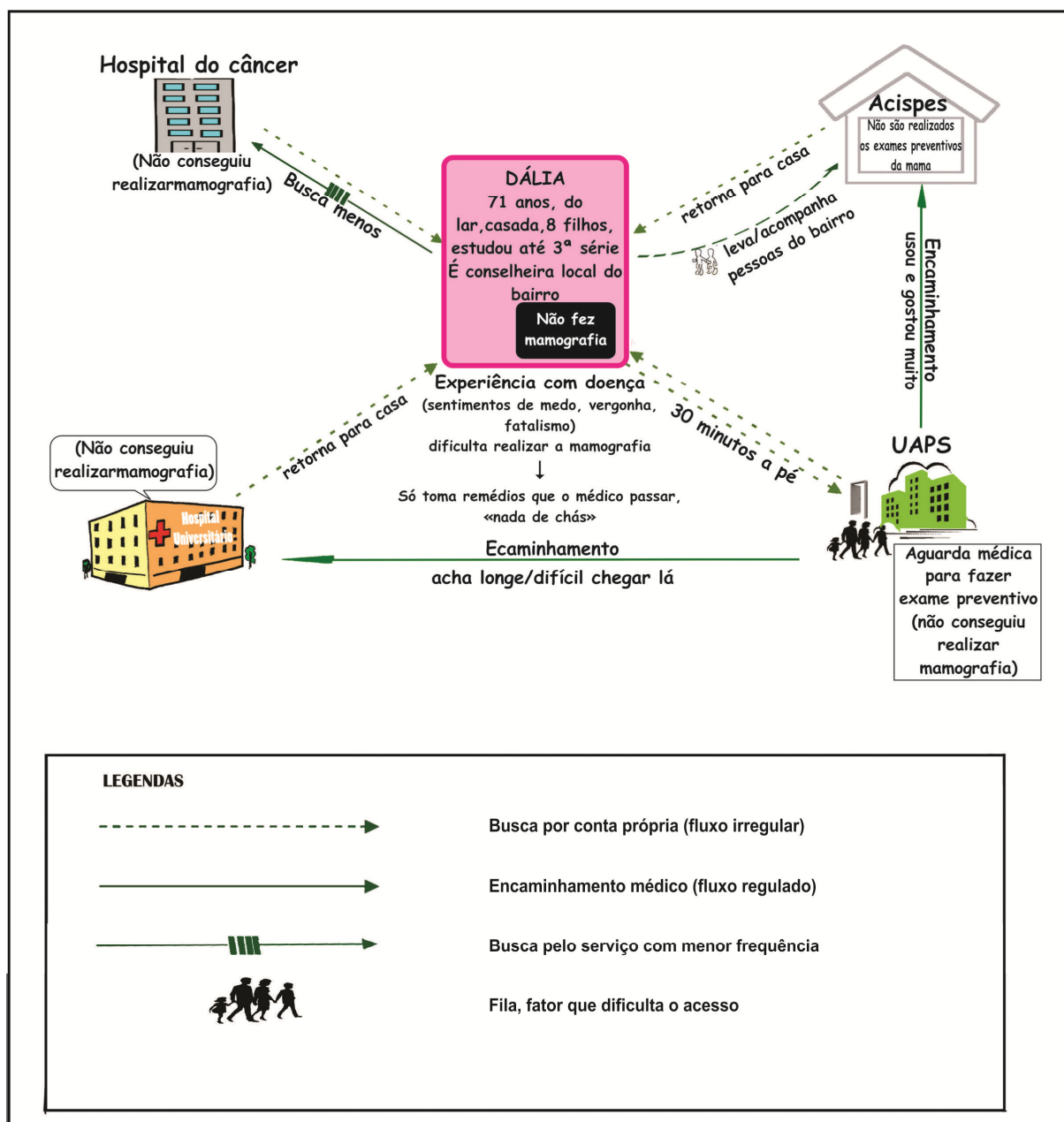
*[...] Igual agora, vocês ficaram preocupados [referiu-se às demais mulheres presentes no GF], não ficou, quando ela convidou pra vocês [companheiros de GF] para a reunião vocês vieram. Não tão aqui? Então, é isso.*

Hoje, segundo ela, só toma remédio que médico passar, nada de chás. Relatou que não acredita na melhora usando chás caseiros. Nessa passagem, observou-se que Dona Dália não acredita na medicina alternativa como forma de cuidado. Percebeu-se que o usuário quando introjeta valores – como ela que tem referência nos serviços de saúde em uma unidade tradicional – é plausível que tenha essa postura de negação a outras formas de cuidado. Por fim, ficou evidenciado que a busca dos serviços de saúde por Dona Dália está condicionada aos aspectos da doença, em detrimento da prevenção. O seguinte relato ilustra sua concepção de preventivo:

*[...] Preventivo do é o seguinte, não é só quando aparece um caroço, alguma coisa, se você tomar uma pancada no seio e não cuidar vira um câncer.*

A Figura 6, a seguir, mostra o desenho da trajetória que compõe o IT de Dona Dália.

**Figura 6 – Desenho ilustrativo do itinerário terapêutico de Dona Dália**



Fonte: A autora

Os itinerários terapêuticos das mulheres pesquisadas possibilitaram a compreensão de que os caminhos trilhados por elas, na busca pelo cuidado, foram diversos. Serviram para apontar as dificuldades que encontram para realizar os exames preventivos do CM, em especial a mamografia.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão central desta pesquisa foi compreender as razões pelas quais as mulheres, acima de 60 anos, moradoras da zona norte de Juiz de Fora, MG, não realizam a mamografia. Na procura por respostas, foram percorridas as diversas etapas concernentes a um trabalho acadêmico.

Como se pôde notar, a partir dos estudos apresentados neste trabalho, o câncer de mama é um drama no universo feminino, sendo visível em dados estatísticos e através dos depoimentos das mulheres deste estudo.

Essa investigação é importante na medida em que propicia um olhar de dentro, apresentando maior profundidade na compreensão da trajetória das mulheres, não daquelas que enfrentaram o CM, mas de pessoas que conviveram com familiares e amigos com a doença e, ainda assim, não conseguiram realizar os exames preventivos do CM (mamografia, exame clínico das mamas, ultrassonografia).

As mulheres deste estudo demonstram certo conhecimento técnico, na proporção em que conviveram com pessoas que tiveram o câncer, entretanto não praticam o cuidado preventivo. Suas trajetórias estão permeadas por medo, fatalismo e preconceitos, que dificultam esse exercício. Suas percepções, atravessadas por informações distanciadas da concepção biomédica, possibilitam que a busca dos serviços de saúde e pelos cuidados esteja cercada por informações variadas sobre a doença, que geram também sentimentos, como vergonha ou receio, justificativas que as impedem de buscar a prevenção ao CM, comprovando que crenças e valores interferem no motivo pelo qual elas não realizaram a mamografia. É importante ressaltar que a abordagem do profissional de saúde nos momentos da realização dos “exames preventivos” para o câncer de mama, precisa ser repensada. Neste estudo como em outros apontam que a vergonha e o medo apresentados pelas mulheres são um aspecto importante que dificulta a procura por esses exames. Além do mais, considerando a necessidade deles para a “prevenção” há que se reforçar que é inadiável a mudança da postura profissional, assumindo atitudes acolhedoras no atendimento.

Valores e crenças, associados a uma realidade fragmentada de organização dos serviços de saúde, bem como a questão do acesso aos serviços de saúde, potencializaram ainda mais as dificuldades para realização da mamografia. Considerou-se, ao analisar os depoimentos, que existe uma grande insatisfação no que tange ao acesso e ao atendimento nas unidades de saúde: profissionais pouco capacitados para atender a demanda, razão pela qual a relação profissional-usuário fica comprometida; dificuldades na marcação de consultas e exames; longas filas a percorrer; enfim, um sistema estrangulado face as necessidades da população. É necessário pensar que “o imaginário” construído do que seja saúde, enquanto ato de cuidar e de atender as necessidades de saúde, se faz fortemente influenciado pelo contato com o próprio campo da saúde e seu “entorno”. Assim, o modo como os serviços ou os profissionais de saúde compreendem esses elementos, “afeta” o modo como as pessoas também o fazem. Particularmente, neste estudo os desenhos das trajetórias de buscas realizadas pelas mulheres mostram como a dimensão socioeconômica das mulheres e a lógica organizacional dos serviços de saúde afetam o acesso, ou não, dessas mulheres às ações preventivas.

Os itinerários terapêuticos construídos neste estudo possibilitaram compreender que os caminhos trilhados pelas participantes da pesquisa na busca pelo cuidado foram diversos e as dificuldades de busca e de não realização do exame de mamografia e outras ações de prevenção ao CM são legítimas. Os ITs propiciaram analisar as falácias da rede de atenção à saúde e diversas redes sociais envolvidas no caminho das mulheres que participaram desta investigação.

Segundo Oliveira (2011) existe um modo de organizar o acesso aos serviços de saúde orientados por critérios de necessidades – sexo, idade e risco – de percepções, de oferta e demanda dos usuários. Entretanto, os ITs apontam que esta lógica de organização do acesso, se utilizada, parece ainda não responder às demandas e ao fluxo de busca entendido pelos usuários

Embora não tenha sido objetivo deste estudo, apareceu, nos discursos das mulheres, a mídia como fator positivo no que se refere à prevenção do câncer de mama. De fato, esta tem exercido um papel relevante, entretanto entende-se que não se pode restringir apenas ao que é veiculado pela televisão ou rádio. Outras iniciativas são necessárias para se combater o câncer.

O encaixe destes fatores, ou seja, questões de ordem cultural, social em junção com os de ordem sócio-organizacional dos serviços de saúde, mostrou as

razões que levaram essas mulheres a não realizarem o exame de mamografia. Além disso, percebeu-se, claramente, algumas fragilidades das campanhas voltadas para mulheres dessa faixa etária. Deve-se pensar como se fazem as campanhas de combate ao câncer de mama, haja vista as imagens por elas veiculadas: ora trazem belos seios de mulheres jovens, ora o contrário, seio com grandes lesões exteriorizadas. Portanto, pensou-se em que sentido essas imagens têm para uma mulher idosa? Que correspondência ela faz dessas imagens com o próprio corpo?

Assim, qualquer ação educativa voltada para a questão deve abordar o tema de maneira clara, sem subterfúgios, evitando eufemismos ou outros artifícios que distanciem as mulheres da realidade. Do mesmo modo, a ação educativa deve ser trabalhada de maneira positiva para que as mulheres dotadas de um arcabouço bem fundamentado possam ter acesso aos exames preventivos, seguras e conscientes da importância de realizar os exames necessários ou da decisão de não desejar a prevenção.

As políticas e programas de saúde são conformados por estratégias direcionadas tanto à população alvo quanto às práticas profissionais. No entanto, a prática profissional deve ser prioritária no sentido da responsabilidade de captação dessas mulheres, especialmente em um sistema onde a saúde é considerada um direito público, de cidadania. Neste sentido, é preciso pensar, para que as práticas e campanhas tenham ganho de efetividade e eficácia, além da responsabilidade de gestores e profissionais, compreender e levar em consideração a perspectiva dos usuários. Olhar sob estas duas dimensões permitirá desenhos de campanhas e realização de cuidados assistenciais geradores de impacto nos perfis de prevalência de tal patologia, com reflexos positivos e efetivos na vida das mulheres. Esse foco precisa ser mantido para não “responsabilizarmos as mulheres pela pouca efetividade das práticas profissionais, sejam de promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação. Assim, entendemos que não cabe às mulheres “a responsabilidade única de solicitarem exames”, mas ao profissional de fazê-lo, sabendo da necessidade dele e de como pode ajudar a manutenção da saúde, se o diagnóstico de qualquer alteração for realizado precocemente

Concluimos, portanto, para que o sistema de saúde dê conta de atender aos usuários em sua integralidade, valorizando as redes sociais e os itinerários percorridos por eles, são necessárias mudanças, tanto estruturais quanto

organizacionais, na conformação dos serviços de saúde. Sabemos que o Sistema de Saúde, no Brasil, ainda é fragmentado e com componentes fortemente impregnados pelo modelo biomédico, além de não responder, de forma satisfatória, às necessidades dos sujeitos. Por conseguinte, podemos afirmar que uma política direcionada à saúde precisa ser instalada, se não quisermos ver estatísticas absurdas de óbitos por câncer de mama e de outras doenças.

## REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B. A experiência da doença: considerações teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 9, n. 3, p. 239-62, 1993.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-138.

ARAÚJO, H. R. et al. Densidade mamográfica em mulheres climatéricas em uso de terapia de reposição hormonal. **Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 563-571, jan./ago. 2004.

ARRUDA, G. A. C. F. **O câncer de mama no alvo da moda**: análise da campanha publicitária do IBCC. 2006. 161 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) Faculdade de Comunicação, Educação e Turismo, Universidade de Marília, Marília, 2006.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008. p. 167-185.

BELLATO, R. et al. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 849-856, set. 2008.

BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidador na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009. p.187-194.

BELLATO, R. et al. Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R.; MARTIN, P. H. (Orgs.). **Usuário, redes sociais e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ, 2011. p.177-183.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Hucitec, 1988.

BOELEN, C. **Towards unity for health**: challenges and opportunities for partnerships in health development. Geneva: World Health Organization, 2000.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar., 2005.

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

BONET, O. et al. Situação-centrada, rede e itinerário terapêutico: o trabalho dos mediadores. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-UERJ, 2009. p. 241-250.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de Mama**. c1996. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=336](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=336)>. Acesso em: 12 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 3.535 de 2 de setembro de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 set. 1998. Seção I, p.75.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Deteção precoce do câncer de mama**. 2008a. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=336](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=336)>. Acesso em: 17 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa da incidência de câncer para 2008 no Brasil e nas cinco regiões**. Rio de Janeiro: Inca, 2008b. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=1793](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793)>. Acesso em: 20 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.664, de 29 de abril de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 abr. 2008c. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Portaria n. 779, de 30 de dezembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2008d. Seção 1, p.145. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-779.htm>>. Acesso em: 27 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2009a. 98p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama: resumo das apresentações**. Rio de Janeiro: Inca, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro: Inca, 2010.

\_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. 12.ed. Belo Horizonte : Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais , 2011. 413 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. CNESnet. **Consulta equipamentos**. [20--]. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Equipamento.asp?VEstado=31&VMun=313670](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=31&VMun=313670)>. Acesso em: 5 fev. 2012.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s58-s68, 2008. Suplemento 1.

CAMPOS, E. M. S. et al. A pesquisa com cuidadores de crianças: articulando metodologias. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-UERJ, 2009. p. 251-257.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria de Thereza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 307 p.

CAPRA, F. **As conexões ocultas**. São Paulo: Idesa, 2003. Disponível em: <[http://www.abepro.org.br/arquivos/websites/1/AA\\_Conex%C3%B5es\\_Ocultas.pdf](http://www.abepro.org.br/arquivos/websites/1/AA_Conex%C3%B5es_Ocultas.pdf)>. Acesso em: 19 ago. 2010.

CARVALHO, M. M. J. (Coord.). **Introdução à psiconcolgia**. São Paulo: Psy II, 1994.

CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. S. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 495-500, out/dez. 2008.

CASTRO, R. Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 41-48, jan./mar. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília: CONASS, 2005. 26 a: NT revisada após CT de Atenção à Saúde em 26 out. 2005. 9 p.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, set./dez. 2004.

COSTA, N. S. S.; SOUZA, V. L. C.; MEDEIROS, R. E. G. Atenção à mulher em ginecologia: atuação da enfermeira. **Sitientibus**, Feira de Santana, n. 9, p. 77-86, jul./dez. 1998.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales**. Washington: Health Com Agency Internacional Development, 1997. 97 p.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução de Sandra Regina Netz. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DURKHEIM, E. Representações individuais e representações coletivas. In: \_\_\_\_\_. **Sociologia e Filosofia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1970. p. 15-49,

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG**. 2006. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

FELDMANN, A. F. Semiótica e Percepção na Campanha Publicitária “O câncer de mama no alvo da moda”. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 30, 2007, Santos. **Anais...** Santos: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2007. 16 p.

FELDMANN, A. F. **Análise das campanhas de comunicação sobre câncer de mama: um estudo comparativo entre as iniciativas do Inca e do IBCC**. 2008. 181 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação) – Universidade de São Paulo, Escola de Comunicação e Artes, São Paulo, 2008.

FERNANDES, D. L. **Representações sociais de adolescentes sobre o câncer de colo do útero**. 2011. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente)– Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 378-384, jun. 2009.



FERREIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 5-15, 2006.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária a demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **A construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 181-193.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2008.

FUNGHETTO, S. S.; TERRA, M. G.; WOLFF, L. R. Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 528-532, 2003.

FURTADO, A. **Metade das vagas disponíveis para exames gratuitos de mamografia fica ociosa em JF**. 18 fev. 2011. Disponível em: <<http://www.acesa.com/mulher/arquivo/noticias/2011/02/18-mamografia/>>. Acesso em: 5 mar. 2012

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007.

GUZZO, R. S. L.; LACERDA JÚNIOR, F. Fortalecimento em tempo de sofrimento: reflexões sobre o trabalho do psicólogo e a realidade brasileira. **Revista interamericana de psicologia**, Porto Alegre, v. 41, n. 2, p. 231-240, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil, 2000**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000. Disponível em: <<http://www.caminhos.ufms.br/matrizdados/mg/juizdefora.html>>. Acesso em 01 jul. 2010.

INSTITUIÇÕES disponibilizam 500 mamografias gratuitas em comemoração ao mês da mulher. 29 fev. 2012. Disponível em: <<http://www.acesa.com/saude/arquivo/noticias/2012/02/29-instituicoes-disponibilizam-500-mamografias-gratuitas/>>. Acesso em: 5 mar. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sala de Imprensa. **IBGE divulga indicadores demográficos e de saúde**. 2 set. 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1445&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1445&id_pagina=1)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

JUIZ DE FORA recebe veículo para realização de mamografia. 27 out. 2011. Disponível em: <<http://www.acesa.com/saude/arquivo/noticias/2011/10/27-mama/>>. Acesso em: 05 mar. 2012.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde 2010-2013**. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. [mimeo.].

KOCH, H. A.; PEIXOTO, J. E.; NEVES, A. L. E. Análise da infraestrutura para a mamografia no Brasil. **Radiologia brasileira**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 23-30, fev. 2000.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social science & medicine**, Oxford, v. 12, n. 2B, p. 85-95, Apr 1978.

KRUEGER, R. A. **Focus groups: a practical guide for applied research**. London: Sage Publications, 1996.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004, p. 91-102.

LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.335-342. mar./abr. 2007.

MALISKA, I. C. A. **O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/AIDS**. 2005. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665-675, jul./ago. 2004.

MATTOSINHO, M. M. S. **Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2004. Tomo 1.

\_\_\_\_\_. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

\_\_\_\_\_. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das redes de Atenção à Saúde no SUS. In: **IMPLANTAÇÃO do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009a. Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde. Guia do Tutor/Facilitador. p. 50-56.

\_\_\_\_\_. Os sistemas de Atenção à Saúde. In: **IMPLANTAÇÃO do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009b. Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde. Guia do Tutor/Facilitador. p. 43-48.

\_\_\_\_\_. A estratégia de implantação da Saúde em Casa: o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde – PDAPS. In: **IMPLANTAÇÃO do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009c. Oficina 1 – Redes de atenção à saúde. Guia do Tutor/Facilitador. p.13-17.

\_\_\_\_\_. As redes de Atenção à Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.

MENESES, M. P. R. **Redes sociais: pessoais: conceitos, práticas e metodologia**. 2007. 136 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTERO, P. **Da doença à desordem: a magia na umbanda**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Tradução de A. Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

NABÃO, F. R. Z.; MARUYAMA, S. A. T. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 101-109, 2009.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 77-87, 2002. Suplemento.

OLIVEIRA, E. X. G. et al. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3649-3664, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidades: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. 60 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La contribución del médico de familia al desempeño de los sistemas y servicios de salud en la Region de las Américas**. Washington: OPS, 2002. 47 p. Série HSR, n.29.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 489-503.

PAQUETTE, D. et al. Performance of screening mammography in organized programs in Canada in 1996. The Database Management Subcommittee to the National Committee for the Canadian Breast Cancer Screening Initiative. **Canadian Medical Association journal**, Ottawa, v. 163, n. 9, p. 1133-1138, Oct. 2000.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

PEREIRA, M. H. G. G.; COSTA, F. O autocuidado em mulheres portadoras de HIV/AIDS. **Psicologia, saúde e doenças**, Lisboa, v. 7, n. 2, p. 255-269, 2006.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-UERJ, 2009. p.9-12.

PONTES, A. P. M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 500-507, jul./set. 2009.

QUEIROZ, M. S. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: BARATA, R. B.; BRICENO-LEÓN, R. (Org.). **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000. p. 27-45.

RABELO, M. C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 316-325, jul./set. 1993

ROBLES, S. C.; GALANIS, E. Breast cancer in Latin America and Caribbean. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, n. 3, p. 178-185, Mar. 2002.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**. Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, c2001. Disponível em: <[http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto\\_polo05.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2010.

ROSA, L. M. **O cuidado de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer**. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 708 p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Unidade de Avaliação e Controle. **Manual de credenciamentos e cadastramentos especiais: Oncologia – Cacon**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2002. 52 p.

SCARAZATTI, G. L. Tendências da avaliação em Saúde. **Debates Gvsaúde**, [S.l.], v. 2, p. 22-23, 2006. Disponível em: <[http://www.eaesp.fgvsp.br/subportais/gvsaude/Pesquisas\\_publicacoes/debates/02/22.pdf](http://www.eaesp.fgvsp.br/subportais/gvsaude/Pesquisas_publicacoes/debates/02/22.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2010.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção a saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 53-66, set. 2004.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; MEIRELES, B. S. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p.50-56, jan./mar. 2004.

SKABA, M. M. V. F. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva socioantropológica**. 2003. 133 f. Tese (Doutorado em Ciências)– Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2003.

SONTAG, S. A. **Doença como metáfora**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

STEIN, A. T. et al. Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 4, p. 438-446, out./dez. 2009.

THAINES, G. H. L. S. et al. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus: um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. **Texto e contexto em enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 57-66, jan./mar. 2009.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, jan. 2009.

\_\_\_\_\_ et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, abr. 2010.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. Centro de Pesquisas Sociais. **Anuário estatístico de Juiz de Fora 2009**. 2009. Disponível: <[http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/anuario\\_2009/index.html](http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/anuario_2009/index.html)>. Acesso em: 5 mar. 2012.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 440-445, ago. 2003.

WERNECK, T. **Câncer de mama mata cerca de quatro mulheres por mês em JF**. ACESSA.com, Juiz de Fora, 18 set. 2007. Disponível em: <[http://www.acesa.com/cidade/arquivo/jfhoje/2007/09/18-cancer\\_mama/](http://www.acesa.com/cidade/arquivo/jfhoje/2007/09/18-cancer_mama/)>. Acesso em: 28 jul. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive cervical control**: a guide to essential practice. Geneva: WHO, 2006.

\_\_\_\_\_. Early Detection. **Cancer control**: knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Geneva: WHO Press, 2007. Module 3.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Mulheres e Câncer de Mama: percepção, trajetória e prevenção”. Neste estudo pretendemos – **Objetivo Geral:** Compreender as razões/motivos que levam as mulheres acima de 60 anos, da região norte de Juiz de Fora/MG, dependentes do serviço público de saúde, a não realizarem a mamografia. **Objetivos Específicos:** Conhecer os valores, crenças e concepções envolvidas na negação destas mulheres em realizar este tipo de cuidado preventivo com o próprio corpo, observando a associação com o estigma relacionado ao câncer de mama; Conhecer o itinerário terapêutico das mulheres na busca por cuidados preventivos ao CM; Compreender como as mulheres experienciam o cuidado que ajude a prevenir o (CM).

Justificativa do Estudo. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é identificar o perfil das mulheres que não realizaram as medidas preventivas do Câncer de Mama e contribuir para ampliação de cobertura e mudanças de indicadores epidemiológicos nesta área.

Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento metodológico: serão utilizados como instrumentos de coleta de dados a técnica do Grupo focal, com mulheres acima de 60 anos que responderam não aderirem às ações de prevenção e controle ao CM, residentes na Zona Norte/ Município de Juiz de Fora.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este estudo risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informada dos objetivos do presente de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP– Comitê de Ética em Pesquisa - UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa / Campus Universitário da UFJF

Juiz de Fora (MG) – CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador (a) Responsável: Eloíza Augusta Gomes

Endereço: Visconde de Mauá Nº 399 Apto. 401 Bloco – B/ Bairro: Santa Helena

Juiz de Fora (MG) – CEP:

Fone: (32) 88450645/ E-MAIL: eloizaaugusta420@gmail.com

## APÊNDICE B – Roteiro orientador da pesquisa

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

#### Instrumento de Coleta de Dados: GRUPO FOCAL - GF

“Mulheres e Câncer de Mama: percepção, trajetória e prevenção”

**Grupo Focal:** nº \_\_\_\_\_.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Local da realização do grupo:** \_\_\_\_\_.

**Sujeitos da Pesquisa:** \_\_\_\_\_.

( ) sexo ( ) nº de integrantes ( ) nº de convidados

Vocês participaram de uma pesquisa realizada o ano passado em que responderam perguntas (questionário) sobre Câncer de Mama. Hoje queremos conversar sobre este assunto. E vocês foram escolhidas porque participaram.

#### Questões para o debate

##### 1 - Para vocês, o que é o Câncer de Mama?

- Percepções:
  - Gravidade ( presente ou só dão conta quando sentem alguma coisa)
  - Medo e Crenças a respeito da doença (significado/representação da doença)
  - Maior risco ( identificam grupo de mulheres mais vulneráveis)

##### 2 – Que cuidados você tem com sua mama?

- O que fazem?

- Identificar se conhecem formas de detectar a doença -CM precocemente
- Observar se falam de medidas preventivas, medidas de autocuidado
- Se apontar para autoexame, por que fazem ou não fazem.
- Quando precisam buscar estes cuidados, como o fazem?

**3 – Sobre a mamografia. o que vocês sabem? Houve algum motivo que levou vocês a não realizarem este exame?**

- Conhecem ou não? Como conhecem? O que entendem ser o exame?
- Por que não realizaram o exame?
- Identificar se começam a apontar dificuldades dos serviços de saúde, trajetória para conseguir ou não.

**APÊNDICE C – Ficha de informações básicas****UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

“Mulheres e Câncer de Mama: percepção, trajetória e prevenção”

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA**

<b>Nome:</b>
<b>Idade:</b>
<b>Data de nascimento:</b>
<b>Endereço:</b>
<b>Há quanto tempo mora neste endereço:</b>
<b>Escolaridade:</b>
<b>Usa a Unidade de Atenção Primária e Saúde - UAPS do seu bairro para resolver seus problemas de saúde?</b>  ( ) sim                      ( ) não  <b>Outra resposta:</b> _____

## **APÊNDICE D – Orientações para operacionalização dos GFs**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

#### **PASSOS IMPORTANTES PARA OPERACIONALIZAÇÃO do GRUPO FOCAL - GF**

“Mulheres e Câncer de Mama: percepção, trajetória e prevenção”

##### **1. Antes da chegada das participantes**

- Organização da sala. Cadeiras em círculo ou em torno de uma mesa.
- Organização do Café que será depois da realização do grupo focal
- Preparo das fichas para identificação das participantes. Estas serão identificadas por meio de nomes fictícios como: rosa, margarida, dália, cravo, gérbera, palma, orquídea, antúrio, violeta etc.
- Recepcionar as participantes.

##### **2. Abertura**

- Agradecimento do aceite de participar da pesquisa
- Apresentação dos participantes e observadores
- Relembrar os participantes sobre: objetivo, importância da participação de todos, importância da pesquisa para o ensino e serviço. Duração do grupo e gravação dos dados.
- Garantia de anonimato e sigilos das informações.

##### **3. Orientações e explicação sobre o desenvolvimento da dinâmica do grupo.**

- Falar um de cada vez
- Levantar o dedo para falar.
- Não existe o certo e nem o errado.

- Todas as opiniões são válidas, portanto todos podem falar.

#### **4. Esclarecimentos de dúvidas**

#### **5. Coletar as assinaturas (TCLE)**

#### **6. Ler roteiro das questões do Grupo Focal**

#### **7. Desenvolvimento do GF**

#### **8. Encerramento**

- Avaliação final
- Reunião com o observador para discutir as impressões
- Preparo e Confecção do relatório

## APÊNDICE E – Quadro de características das unidades de saúde selecionadas

### CARACTERÍSTICAS DAS UNIDADES DE SAÚDE SELECIONADAS, PARA REALIZAÇÃO DOS GFs

UNIDADES DE SAÚDE	EQUIPES	ATIVIDADES
<p>ESTRELA (UAPS – ESF)</p> <p>Esta unidade conta com 2 equipes da ESF. Atende aproximadamente 2012 famílias. O atendimento tem procurado focar as ações de prevenção voltadas para o diagnóstico precoce das doenças, a organização do atendimento à demanda de acordo com as necessidades de cada local. (FARAH, 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 2 Méd.</li> <li>→ 10 ACS</li> <li>→ 1 Assistente Social</li> <li>→ 2 Enf.</li> <li>→ 1 Dentista</li> <li>→ 1 servente (auxiliar de serviços gerais)</li> <li>→ 1 Funcionários CMC</li> <li>→ 2 Aux. Enf.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ A equipe desenvolve ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação.</li> <li>→ Realizam Curativo, nebulização, administração de medicamentos, vacinas e coleta de material para exame laboratorial (Sg., urina e fezes).</li> <li>→ Realizam Atividades educativas</li> <li>→ Realizam Preventivo</li> <li>→ Realizam Puericultura</li> <li>→ Realizam Pré-natal</li> <li>→ Realizam Grupos (tabagismo, diabetes e hipertensão, direitos reprodutivos)</li> <li>→ Realizam Visita domiciliar</li> <li>→ A enfermeira realiza preventivo de mama e cérvico-uterino</li> <li>→ O médico realiza preventivo de mama e cérvico uterino</li> <li>→ Realizam sala de espera</li> <li>→ Realizam acolhimento</li> </ul>
<p>CAMINHO (UAPS – ESF)</p> <p>Conta com 2 equipes da ESF. Atende aproximadamente 8.800 famílias serviços de baixa complexidade. O atendimento tem procurado se organizar a partir da atenção primária à saúde, enfocando as ações de prevenção voltadas para o diagnóstico precoce das doenças, a organização do atendimento à demanda de acordo com as necessidades de cada local. (FARAH, 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 2 Méd.</li> <li>→ 12 ACS</li> <li>→ 2 Enf.</li> <li>→ 1 servente (auxiliar de serviços gerais)</li> <li>→ 1 Funcionários CMC</li> <li>→ 2 Aux. Enf.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ A equipe desenvolve ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação.</li> <li>→ Realizam Curativo, nebulização administração de medicamentos, vacinas e coleta de material para exame laboratorial (Sg., urina e fezes).</li> <li>→ Realizam Atividades educativas</li> <li>→ Realizam Preventivo</li> <li>→ Realizam Puericultura</li> <li>→ Realizam Pré-natal</li> <li>→ Realizam Grupos (tabagismo, diabetes e hipertensão, direitos reprodutivos)</li> <li>→ Realizam Visita domiciliar</li> <li>→ A enfermeira realiza preventivo de mama e cérvico-uterino</li> <li>→ O médico realiza preventivo de mama e cérvico uterino</li> <li>→ Realizam sala de espera</li> <li>→ Realizam acolhimento</li> </ul>



<p>MANHÃ (Unidade Regional Norte)</p> <p>Está localizada em uma região de grande densidade demográfica, com a população estimada em 120.000 habitantes e não comporta o crescente aumento da demanda, que busca atendimento básico, especializado e em urgência e emergência. A unidade não possui identidade própria, pois, há necessidade de desmembrar a urgência e emergência da atenção primária e especializada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 7 Enf.</li> <li>→ 31 Téc. Enf.</li> <li>→ 11 Médicos (3 ginecologista, 1 clínico, 2 cardiologistas, 1 ortopedista, 3 pediatras)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Realizam atividades de urgência e emergência</li> <li>→ Oferecem apoio de Assistência Social</li> <li>→ Realizam atendimento ambulatorial</li> <li>→ Oferecem serviços radiológicos</li> <li>→ Realizam a puericultura</li> <li>→ Realizam curativo, nebulização administração de medicamentos, coleta de material para exame laboratorial (Sg., urina e fezes).</li> </ul>
<p>LUA (UAPS tradicional)</p> <p>O acesso aos serviços pela população é limitado, em virtude do atendimento médico ser restrito a 16 consultas lógica determinante é a da atenção médica tradicional; o do pronto-atendimento, com consultas médicas centradas nas queixas principais. Lógica que determina a dinâmica dos serviços e da prática dos demais profissionais da equipe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 1 Dentista</li> <li>→ 2 Ginecologistas</li> <li>→ 2 pediatras</li> <li>→ 1 Clínico geral</li> <li>→ 1 Enfermeira</li> <li>→ 2 Aux. Enf.</li> <li>→ 1 servente (auxiliar de serviços gerais)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Realizam curativo, nebulização administração de medicamentos, vacinas e coleta de material para exame laboratorial (Sg., urina e fezes).</li> <li>→ O médico realiza preventivo e pré-natal</li> </ul>

**Fonte: Dados fornecidos pela equipe de coordenação da subsecretaria de APS de JF e as referidas unidades de saúde**

**APÊNDICE F – Convite para participação nos GFs**

Eloiza Augusta Gomes, aluna do mestrado em  
"Saúde Coletiva"/UFJF.

**Convido a Sra. para tomar um café e  
participar de uma conversa sobre  
"PREVENÇÃO DE CÂNCER DE MAMA"**

Dia: \_\_\_/\_\_\_/2011. (\_\_\_\_\_)

Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_.

Local: \_\_\_\_\_.

Obrigada!

**ANEXOS**

## ANEXO A – Inquérito de saúde no município de Juiz de Fora, MG



PESQUISADOR DE CAMPO:

BAIRRO:

SETOR:

DATA:

HORÁRIO:

ENDEREÇO DO ENTREVISTADO:

**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

Marcar um "x" na coluna do "0" se a questão for incorreta e na coluna do "1" se a questão for correta.

Comece formulando as duas questões seguintes. "Eu posso fazer algumas perguntas a respeito de sua memória?" "O(a) Sr(a) tem algum problema com sua memória?"

	QUESTÕES	PONTUAÇÃO	
		Incorreta "0"	Correta "1"
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	Qual o dia da semana?		
	Qual o dia do mês?		
	Em que mês nós estamos?		
	Em que ano nós estamos?		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Sem olhar no relógio, o Sr (a) sabe me dizer qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)		
	Que Estado é esse?		
	Que cidade é essa?		
	Que bairro ou rua próxima nós estamos?		
	Que local é este aqui? (num sentido mais amplo, ex: própria casa, instituição, hospital)		
MEMÓRIA IMEDIATA	Que local é esse? (local específico, ex: sala, quarto, consultório)		
	Copo		
<p>"Preste atenção. Eu vou dizer 3 palavras e a Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar. As palavras são: COPO (pausa), MALA (pausa) e CARRO (pausa). Agora repita as palavras pra mim."</p> <p>Permite 5 tentativas, mas pontua apenas a primeira.</p>	Mala		
	Carro		

<p><b>ATENÇÃO E CÁLCULO</b></p> <p>"Agora eu gostaria que o (a) Sr (a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Vamos fazer umas contas de subtração (pausa). Vamos começar: quanto é 100 menos 7?"</p> <p><b>Dê um ponto para cada acerto. Se não atingir o escore máximo, peça:</b></p> <p>"Vou soletrar a palavra MUNDO. Agora a soletre para mim. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra MUNDO de trás para frente".</p>	<p>93</p> <p>86</p> <p>79</p> <p>72</p> <p>65</p> <p><b>O D N U M</b></p> <p><b>Dê um ponto para cada letra na posição correta</b></p>
<p><b>MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO</b></p> <p>Peça: "Quais foram as 3 palavras que eu pedi para que o(a) Sr (a) memorizasse?"</p> <p><b>Dê um ponto para cada acerto.</b></p> <p><b>LINGUAGEM</b></p> <p>Aponte 1 caneta e 1 relógio. Pergunte.</p> <p>"O que é isto?" (caneta)</p> <p>"O que é isto?" (relógio)</p> <p><b>Dê um ponto para cada acerto.</b></p> <p><b>REPETIR A FRASE</b></p> <p>Agora eu vou pedir para o (a) Sr (a) repetir o que vou dizer. Certo? Repita: "NEM AQUI. NEM ALI. NEM LÁ"</p>	<p>Copo</p> <p>Mala</p> <p>Carro</p> <p>Relógio</p> <p>Caneta</p>

COMANDO DE ESTÁGIOS  "Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o (a) Sr (a) fazer uma tarefa. (pausa). Preste atenção, pois eu só vou falar uma vez e depois o Sr (a) irá fazer."  "Pegue este papel com a mão direita (pausa), com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez (pausa) e em seguida coloque-o no chão."	Pegar com a mão direita		
	Dobrar no meio  Colocar no chão		
ESCREVER UMA FRASE COMPLETA  "Por favor, escreva uma frase simples." (Alguma frase que tenha começo, meio e fim.)  LER E EXECUTAR  "Por favor, leia isto em voz alta e faça o que está escrito no papel". (Mostro ao idoso a folha: FECHÉ OS OLHOS)			
COPIAR DIAGRAMA  Peça: "Por favor, copie esse desenho".  ESCORE TOTAL  Para obter o escore total some o total de pontos.			

Quantos anos o(a) Sr(a) estudou?      anos completos.

Pontuação mínima esperada para o MEEM:

- Idoso com 4 anos ou mais de escolaridade: 25 pontos
- Idoso com menos de 4 anos de escolaridade: 18 pontos
- Pontuações inferiores são sugestivas de comprometimento cognitivo.

Escore total do MEEM	Anos completos de escolaridade	Sugestivo de comprometimento cognitivo
	<b>Se <math>\geq</math> 4, limite 25 pontos</b>	( ) SIM
	<b>Se <math>&lt;</math> 4, limite 18 pontos</b>	( ) NÃO

**Após a aplicação do MEEM, marcar a alternativa que melhor se enquadra diante da situação do idoso que iremos avaliar.**

(1) IDOSO SEM SUGESTÃO DE COMPROMETIMENTO COGNITIVO	(2) IDOSO COM SUGESTÃO DE COMPROMETIMENTO COGNITIVO	(3) SITUAÇÃO QUE NÃO FOI POSSÍVEL A APLICAÇÃO DO MEEM.
---	---	--



**GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA**

Deverá ser assinalado com um "x" na última coluna a alternativa que responder a essa questão. Há uma correspondência entre as duas primeira colunas com relação ao tempo de escolaridade do chefe da família.

Analfabeto / Primário Incompleto	Analfabeto / Até 3 <sup>a</sup> . Série Fundamental	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	Até 4 <sup>a</sup> . Série Fundamental	1
Ginásial Completo / Colegial incompleto	Fundamental Completo	2
Colegial Completo / Superior Incompleto	Médio Completo	4
Superior Completo	Superior Completo	8

**CORTES DO CRITÉRIO DO BRASIL**

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

---

**NÓS VAMOS FALAR AGORA DE QUESTÕES REFERENTES À SUA SAÚDE**

8) O (A) SR(A) CLASSIFICARIA SEU ESTADO DE SAÚDE. COMO:

- (1) - Excelente
- (2) - Muito bom
- (3) - Bom
- (4) - Regular
- (5) - Ruim

9) O (A) SR(A) TEM OU TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?

- (1) - Sim
- (2) - Não

Caso positivo, qual?

10) O (A) SR(A) CLASSIFICARIA SUA VISÃO. COMO:

- (1) - Excelente
- (2) - Muito boa
- (3) - Boa
- (4) - Regular
- (5) - Ruim

11) O (A) SR(A) USA ÓCULOS OU LENTE DE CONTATO?

- (1) - Sim
- (2) - Não



- 12) O (A) SR(A) CLASSIFICARIA SUA AUDIÇÃO, COMO:  
 (1) - Excelente  
 (2) - Muito boa  
 (3) - Boa  
 (4) - Regular  
 (5) - Ruim
- 13) O (A) SR(A) USA ALGUM APARELHO DE AUDIÇÃO?  
 (1) - Sim (2) - Não
- 14) TEM ALGUMA DIFICULDADE PARA ANDAR?  
 (1) - Sim (2) - Não
- 15) O (A) SR(A) PRECISA DE AJUDA PARA ANDAR?  
 (1) - Não  
 (2) - Auxílio de ajuda humana  
 (3) - Bengalas ou muletas  
 (4) - Andador  
 (5) - Cadeira de rodas  
 (6) - Mais de uma opção
- 16) USA ALGUM MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO?  
 (1) - Sim  
 (2) - Não  
 Caso positivo, quantos?

**NÓS VAMOS FALAR AGORA DE QUESTÕES REFERENTES A QUEDAS**

- 17) NO ÚLTIMO ANO, O(A) SENHOR(A) CAIU ALGUMA VEZ?  
 (1) - Sim (2) - Não Quantas vezes?

Para os que responderam "Não" vá direto para a questão 24.

As questões de 18 a 23 deverão ser respondidas no quadro abaixo. Para cada queda relatada preencha uma linha.

NÚMERO DE QUEDAS	QUESTÃO 18	QUESTÃO 19	QUESTÃO 20	QUESTÃO 21	QUESTÃO 22	QUESTÃO 23
01						
02						
03						
04						
05						

- 18) ONDE CAIU?  
 (1) - Em casa (2) - Na rua (3) - Em outro lugar

19) EM CONSEQÜÊNCIA DESSA QUEDA O(A) SENHOR(A) JÁ QUEBROU ALGUM OSSO?

- |  |
|--|
| (1) - Não                              |
| (2) - Face                             |
| (3) - Clavícula                        |
| (4) - Tronco (costelas e/ou vértebras) |
| (5) - Braço (úmero)                    |
| (6) - Antebraço (rádio e/ou ulna)      |
| (7) - Mãos                             |
| (8) - Quadril                          |
| (9) - Fêmur                            |
| (10) - Perna (tibia e/ou fíbula)       |
| (11) - Pé                              |



20) EM CONSEQÜÊNCIA DESSA QUEDA, NECESSITOU DE HOSPITALIZAÇÃO?

- (1) - Sim (2) - Não

21) QUAL O TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO?

- (1) - Não procurou serviço de saúde.  
 (2) - Serviço Público.  
 (3) - Serviço Privado Liberal.  
 (4) - Serviço Privado Suplementar (Planos e Convênios).  
 (5) - Serviço Filantrópico.  
 (6) - Serviço Oferecido por Instituições de Ensino Superior Particular.  
 (7) - Outros.

22) FOI PRECISO A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO FISIOTERAPÉUTICO EM CONSEQÜÊNCIA DESSA QUEDA?

- (1) - Sim (2) - Não (3) - Não sei

23) QUAL O TIPO DE SERVIÇO DE FISIOTERAPIA UTILIZADO?

- (1) - Não foi ao fisioterapeuta.  
 (2) - Serviço Público.  
 (3) - Serviço Privado Liberal.  
 (4) - Serviço Privado Suplementar (Planos e Convênios).  
 (5) - Serviço Filantrópico.  
 (6) - Serviço Oferecido por Instituições de Ensino Superior Particular.  
 (7) - Outros.

24) O(A) SENHOR(A) SABE ME DIZER SE TEM OSTEOPOROSE?

- (1) - Sim (2) - Não (3) - Não sei

25) MESMO SEM TER CAÍDO. O(A) SENHOR(A) JÁ TEVE ALG UMA FRATURA APÓS OS 60 ANOS DE IDADE?

(1) - Sim (2) - Não

CAUSA DA FRATURA:

26) O (A) SENHOR(A) JÁ RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS?

(1) - Sim (2) - Não

**NÓS VAMOS FALAR AGORA DE QUESTÕES RELACIONADAS À SUA HABILIDADE PARA EXECUTAR ALGUMAS ATIVIDADES**

**ESCALA DE KATZ MODIFICADA (KATZ et al. 1970)**

ATIVIDADE	INDEPENDENTE	SIM	NÃO
1) Banho	Não recebe ajuda para tomar banho ou recebe ajuda apenas para uma parte do corpo.		
2) Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem nenhuma ajuda. Exclui-se o ato de amarrar os sapatos.		
3) Higiene Pessoal	Vai ao banho, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).		
4) Transferência	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho. Equipamentos mecânicos são aceitáveis, pode estar usando objeto de apoio.		
5) Continência	Controla completamente a eliminação de urina e fezes.		
6) Alimentação	Come sem ajuda: leva a comida de prato (ou de seu equivalente) à boca. São excluídos da avaliação o corte prévio da carne e o preparo do alimento, como cortar carne ou passar manteiga no pão.		
	TOTAL DE PONTOS		

<b>Total de pontos:</b>	( ) INDEPENDENTE 6 e 5 pontos	( ) DEPENDÊNCIA MODERADA 4 e 3 pontos	( ) DEPENDÊNCIA IMPORTANTE 2 a 0 pontos
-------------------------	----------------------------------	--	--

**ESCALA DE LAWTON E BRODY (LAWTON; BRODY, 1969)**

ATIVIDADES	RESPOSTA		
	Sem ajuda (3 pontos)	Com ajuda parcial (2 pontos)	Não consegue (1 ponto)
<p>☐ Sr. (a) consegue:</p> <p>1) Usar o telefone?</p> <p>2) Fazer compras?</p>			
<p>3) Cuidar de suas finanças?</p> <p>4) Preparar suas próprias refeições?</p>			
<p>5) Arrumar a casa?</p> <p>6) Fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?</p> <p>7) Lavar, passar roupa?</p>			
<p>8) Tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?</p> <p>9) Sair de casa sozinho, para lugares mais distantes, usando algum transporte sem necessidade de planejamento especial?</p>			
<b>TOTAL DE PONTOS</b>			

As questões 4 e 5 podem sofrer variações conforme o sexo, podendo ser adaptadas como "cuidar do jardim" ou "subir escadas".

<b>Total de pontos:</b>	( ) INDEPENDÊNCIA 27 a 19 pontos	( ) DEPENDÊNCIA PARCIAL 18 a 10 pontos	( ) DEPENDÊNCIA IMPORTANTE Abaixo de 9 pontos
-------------------------	--	--	---

## APENAS PARA AS MULHERES

**PARA ENCERRAR, GOSTARÍAMOS DE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE ALGUNS EXAMES PREVENTIVOS.**

---

**O TESTE DO PAPANICOLAU É UM TESTE PREVENTIVO, NO QUAL SE COLHE UM MATERIAL DO COLO DE ÚTERO PARA ANÁLISE DE LABORATÓRIO.**

**A) A senhora fez este exame alguma vez?**

- (1) Não
- (2) Sim
- (8) Não respondido
- (9) Não sei

**B) Quando foi a última vez?**

- (1) Há menos de um 1 ano
- (2) Há 1 a 2 anos incompletos
- (3) Há 2 a 3 anos incompletos
- (4) Há mais de 3 anos
- (5) Nunca fez
- (9) Não sei/ Não respondido

**C) Em que serviço de saúde foi solicitado o exame?**

- (1) Unidade Básica de Saúde (posto ou centro de saúde)
- (2) Consultório/Ambulatório
- (3) Hospital
- (4) Outro, especifique:
- (9) Não sei/ Não respondido

**D) Esse serviço de saúde é:**

- (1) SUS
- (2) Previdência Governamental (Estado/Município)
- (3) Privado (planos e convênios)
- (4) Particular (pagou pelo serviço sem reembolso)
- (5) Outro, especifique:
- (9) Não sei/ Não respondido

**E) Por que a senhora nunca fez este exame? Pode haver mais de uma resposta**

- (1) Não era necessário/ sou saudável
- (2) Não conhecia o exame/ não sabia de sua finalidade ou importância
- (3) Teve dificuldade para marcar consulta/ não tinha vaga
- (4) Problemas com a distância/ transporte/ dificuldades financeiras
- (5) É muito embaraçoso/ desconfortável/ tenho vergonha
- (6) Nunca tive relações sexuais
- (7) Nunca fui ao ginecologista
- (8) Retirou o útero. Causa:
- (9) Outros, especifique:

**O EXAME CLÍNICO DE MAMA É UM EXAME NO QUAL O MÉDICO/ENFERMEIRO APALPA AS MAMAS PARA PROCURAR ALGUMA ALTERAÇÃO.**

**F) No último ano, algum profissional de saúde examinou seus seios para procurar nódulos/caroços?**

- (1) Não

**G) Em que serviço de saúde fez o exame?**

- (1) Unidade Básica de Saúde (posto ou centro de saúde)

(2) Sim	(2) Consultório/Ambulatório
(8) Não respondido	(3) Hospital
(9) Não sei	(4) Outro, especifique:
	(9) Não sei/ Não respondido

**H) Esse serviço de saúde é:**

- (1) SUS
- (2) Previdência Governamental (Estado/Município)
- (3) Privado (planos e convênios)
- (4) Particular (pagou pelo serviço sem reembolso)
- (5) Outro, especifique:
- (9) Não sei/ Não respondido

**I) A senhora mesma faz a palpação de seus seios procurando nódulos/ caroços? Com que frequência?**

- (1) Não faz
- (2) Faz, mas não tem frequência definida
- (3) Faz mensalmente ou com maior frequência
- (4) Faz duas vezes ao ano
- (5) Faz anualmente
- (9) Não sei/ Não respondido

---

**A MAMOGRAFIA É UM EXAME EM QUE AS MULHERES FAZEM UM RAIOS X COMPRIMINDO AS MAMAS PARA DETECTAR ALTERAÇÕES.**

**J) A senhora fez este exame alguma vez?**

- (1) Não
- (2) Sim
- (8) Não respondido
- (9) Não sei

**K) Quando foi a última vez?**

- (1) Há menos de um 1 ano
  - (2) Há 1 a 2 anos incompletos
  - (3) Há 2 a 3 anos incompletos
  - (4) Há mais de 3 anos
  - (5) Nunca fez
  - (9) Não sei/ Não respondido
- 

**L) Em que serviço de saúde foi solicitado o exame?**

- (1) Consultório/Ambulatório
- (2) Hospital
- (3) Outro. especifique:
- (9) Não sei/ Não respondido

**M) Esse serviço de saúde é:**

- (1) SUS
- (2) Previdência Governamental (Estado/Município)
- (3) Privado (planos e convênios)
- (4) Particular (pagou pelo serviço sem reembolso)
- (5) Outro. especifique:
- (9) Não sei/ Não respondido

## ANEXO B – Planilha de Regionalização da Rede Assistencial Juiz de Fora, 2011

REGIONALIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL JUÍZ DE FORA – 2011										
Desenvolvido por Maria Terezinha Barra Mattos Martins - Socióloga, Especialista em Saúde Pública (PJF/SS/SSAPS/DAPS)										
Região Sanitária	Composição da Região	UAPS	RH	Endereço	Telefone	Nº de Equipes/ESF	Nome da Equipe/ESF	Pop.	Unidade Regional	Áreas Cob/Desc
7	Fábrica									
	Esplanada	1	10	R Bías Fortes, 74	3690-7741		Tradicional	7.586		1 - COB
	São Dimas									
	Monte Castelo	1	30	R Oswaldo Mascarenhas, S/N	3690-7858	3	Monte Castelo Carlos Chagas Jardim Cachoeira	2.891 2.920 2.621		2 - COB
	Carlos Chagas									
	Jardim Cachoeira									
	Loteamento Parque das Águas			Fazenda Santa Cândida, Jardim Cachoeira				2.166		
	Cerâmica									
	São João									3 - COB
	Industrial	1	8	R João Gualberto, 110	3690-7800		Tradicional	6.711		
	Francisco Bernardino (parte)									
	Jardim Natal	1	21	R Tenente Lucas Drumont, 370	3690-7801	2	Jardim Natal Francisco Bernardino	3.403 3.332		4 - COB
	Francisco Bernardino (parte)							601		
	Encosta do Sol							2.800		
	Fontesville I							692		43 - Desc
	Fontesville II							449		
	Fazendinhas Pedra Bonita							392		
	Vivendas das Fontes							69		
	Milho Branco	1	32	R Nicolau Schuery, S/N	3690-7905	3	Milho Branco Amazônia Alto Milho Branco	2.672 2.853 2.731		5 - COB
	Alto Milho Branco									
	Amazônia									
	Condomínio Santa Felicidade			R. C, nº 100				597		
	Jóquei Clube I	1	21	R Antônio Armando Pereira, 140	3690-7903	2	Vila Bejani Barbosa Lage	3.597 4.275		6 - COB
	Barbosa Lage									
	Condomínio Belo Vale I			Av. J.K. (perto FACIT)				792		
	Condomínio Belo Vale II			Av. J.K. (perto FACIT)				660		
	Santa Maria									
Santa Amélia										
Parque das Torres										
Dom Pedro I / Jóquei Club II	1	43	R Antônio Guimarães Peralva, 130	3690-7904	4	Parque das Torres Santa Amélia Cidade do Sol Santa Maria	2.627 3.170 2.598 2.496		7 - COB	
Jóquei Clube III										
Cidade do Sol										
Remonta										
Represa e Adjacências										
Santa Lucia							2.400			
Nova Era I (Parte)							600			
Residencial Bela Vista			R. Pedro Antônio da Conceição, Nova Era				721			

Fonte: Juiz de Fora (2010)



## L – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 PRO-REITORIA DE PESQUISA COMITÊ  
 DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF 36036900-  
 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 151/2011

**Protocolo CEP-UFJF:** 2401.141.2011 **FR:** 425579 **CAAE:** 0144.0.180.2011 **Projeto de Pesquisa:** Mulheres e Câncer de Mama: percepção, trajetória e prevenção **Area**

**Temática:** Grupo III

**Pesquisador Responsável:** Estela Márcia Saraiva Campos

**Data prevista para o término da pesquisa:** fevereiro de 2012

**Pesquisadores Participantes:** Eloiza Augusta Gomes

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFJF

### Análise do protocolo:

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	X				
	Objeto de estudo está bem delineado	X				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	X				
Material e Métodos	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	X				
	Informa	Tipo de estudo	X			
		Procedimentos que serão utilizados	X			
		Número de participantes	X			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis				X
		Critérios de inclusão e exclusão	X			
		Recrutamento	X			
		Coleta de dados	X			
		Tipo de análise	X			
Cuidados Éticos	X					
Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	X				
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	X				
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	X				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	X				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	X				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	X				
Referências	Segue uma normatização	X				
instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	X				
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	X				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				X	
Termo de assentimento	Apresenta o termo em caso de participação de menores				X	
TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	X				



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 PRO-REITORIA DE PESQUISA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF  
 36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

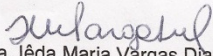
	Apresenta justificativa e objetivos	X			
	Descreve suficientemente os procedimentos	X			
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	X			
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	X			
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	X			
	Garante sigilo e anonimato	X			
Explicita	Riscos e desconfortos esperados	X			
	Ressarcimento de despesas	X			
	Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	X			
	Forma de contato com o pesquisador	X			
	Forma de contato com o CEP	X			
	Como será o descarte de material coletado (no caso de material biológico)				X
	O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos	X			
Pesquisador (es)	Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa	X			
	Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	X			
Documentos	Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	X			
	Folha de Rosto preenchida	X			
	Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPEQS)	X			
	Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	X			

P= parcialmente

NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

**Situação:** Projeto Aprovado  
 Juiz de Fora, 17 de novembro de 2011

  
 Profa. Dra. Iêda Maria Vargas Dias  
 Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: \_\_\_/\_\_\_/2011

ASS: \_\_\_\_\_