

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

O SIGNIFICADO DA MAMOGRAFIA COMO DETECÇÃO
PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA PARA MULHERES

Viviane Ferreira Esteves

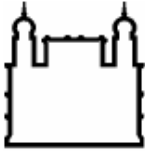
Rio de Janeiro

Fevereiro de 2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher

O SIGNIFICADO DA MAMOGRAFIA COMO DETECÇÃO
PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA PARA MULHERES

Viviane Ferreira Esteves

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Roberto José da Silva Vieira

Co-orientadora: Prof. Dra. Helena Amaral da Fontoura

Rio de Janeiro

Fevereiro de 2007

FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE

CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

BIBLIOTECA DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA/FIOCRUZ

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Roberto Vieira, orientador e grande mestre, pela iniciação na mastologia, pelo auxílio na elaboração desta dissertação e por todos os ensinamentos para minha formação acadêmica.

À Prof. Dra. Helena Amaral da Fontoura, pela co-orientação, pelos conhecimentos na área da pesquisa qualitativa e por todo apoio nesta nova etapa de formação acadêmica.

Aos professores doutores Romeu Gomes e Euderson Tourinho, pela análise detalhada e criteriosa da pró-forma desta dissertação e pelas contribuições para o aprimoramento deste estudo.

Aos professores da pós-graduação, pelos ensinamentos e pelo auxílio na execução deste trabalho.

À minha colega de mestrado, Dra. Angela Fausto, pela ajuda, carinho, força e amizade.

À secretaria acadêmica e demais colegas de curso, pelo apoio e contribuições durante esse processo.

À minha tia Maria Vitória Hurtado pela contribuição e por disponibilizar seu poema, inédito, para realização deste trabalho.

À Vera, Kátia, Yves, Maria Vitória e demais membros da família, pelo carinho e paciência nos momentos de estudo.

À Dra. Patrícia Frankel, amiga que contribuiu para a realização desta dissertação.

Aos amigos Elizabete, Guedes, Anna Carolina e André Luis, pelo entusiasmo e apoio durante a execução deste trabalho.

Aos amigos Valéria e Oscar, pelo companheirismo e por estarem sempre presentes nesta etapa.

Ao Dr. Márcio Lamblet, chefe do Departamento de Ginecologia, pelo apoio e compreensão durante o mestrado.

A todos do Departamento de Ginecologia, colegas e funcionários, que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

A todas as pacientes entrevistadas, pela confiança, disponibilidade e pela atenção que dedicaram à entrevista.

ÍNDICE

Lista de Figuras	VII
Resumo	VIII
Abstract	IX
Capítulo 1 – O Ponto de Partida do Estudo	1
1.1 – Introdução	2
1.2 – Objeto de Estudo	13
1.3 – Justificativa	17
1.4 – Objetivos	22
Capítulo 2 – Referencial Teórico	23
2.1 – Aspectos Socioculturais do Processo Saúde e Doença	24
2.2 – Representação do Corpo Feminino	32
2.3 – Dimensão Simbólica do Diagnóstico de Câncer de Mama	40
Capítulo 3 – Desenho Metodológico	47
3.1 – Natureza do Estudo	48
3.2 – Operacionalização da Pesquisa	50
Capítulo 4 – O Relato da Experiência	54
Capítulo 5 – O Significado da Mamografia e de seu Resultado	65
5.1 – Influência da Representação do Câncer na Ansiedade e no Medo	66
5.2 – Presente de Deus: o Significado do Resultado	77
Capítulo 6 – Considerações Finais	87
Referências Bibliográficas	91
Anexo	96
Apêndice 1	99
Apêndice 2	102

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 - Estimativas para o ano 2006 de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária.	2
Figura 1 – Taxas de Incidência por neoplasias malignas por 100 mil mulheres.	3
Gráfico 1 - Taxas de mortalidade por neoplasias, ajustadas por idade, para as principais topografias por 100 mil mulheres, no Brasil (1979-2004).	7

RESUMO

O Significado da Mamografia como Detecção Precoce do Câncer de Mama para Mulheres

A pesquisa tem como objeto de estudo o significado da mamografia como detecção precoce do câncer de mama, para as mulheres. Os objetivos são: analisar o significado da mamografia para pacientes assintomáticas, identificar fatores do imaginário feminino que dificultam a realização da mamografia e discutir o relato das vivências das mulheres ao se submeterem à mamografia, com vistas a subsidiar ações no campo da prática médica para aumento da cobertura do rastreamento. A fundamentação teórica se baseia em aspectos socioculturais do processo saúde e doença, na representação do corpo feminino e na dimensão simbólica do diagnóstico de câncer de mama. O desenho metodológico consiste em um estudo exploratório de natureza qualitativa. Dentre os resultados, destaca-se que, se por um lado as pacientes que realizam a mamografia chegam sem informações, por outro lado, as representações sociais do câncer fazem parte do imaginário feminino que considera o câncer uma doença que mata. Além disso, a mamografia é vista como um exame doloroso e como uma possibilidade de diagnóstico dessa doença, influenciando dessa forma a busca por um diagnóstico precoce. Em termos conclusivos, destaca-se a importância de se ter um conhecimento das questões subjetivas e socioculturais pelas quais passam as mulheres, para entendê-las e, assim, melhorar o trabalho clínico de atendimento. Junto a isso, também existe a necessidade de políticas de saúde pública que visem a informar a população, adequadamente, sobre o rastreamento do câncer de mama, uma vez que a chance de cura aumenta com o diagnóstico precoce.

Palavras-chave: mamografia; câncer de mama; dimensão sociocultural.

ABSTRACT

The Meaning of Mammography for Early Detection of Breast Cancer for Women

This research aims at studying the meaning of mammography for early detection of breast cancer for asymptomatic patients. The goals are: to analyze the experience of patients who underwent a mammography exam for early detection of breast cancer, identify factors in the female imagination which make it harder to use mammography and discuss the story of the experiences of the women when they are submitted to mammography at supporting actions in the field of medical practice to increase the coverage of mammography screening. Theoretical foundations are based on the socio-cultural aspects of health and illness, in the representation of the female body and the symbolic dimension of breast cancer diagnosis. The methodology project is an exploratory study of a qualitative nature. Among the results, it stands out that, on one hand, patients who undergo a mammography arrive with no information regarding this exam, but on the other hand, social representations of cancer are part of the female imagination, which considers cancer a deadly disease and mammography, besides being a painful exam, as a possibility of diagnosis for this disease. That can difficult the access to an early diagnosis. In conclusion, we stress the importance of knowing the subjective and socio-cultural issues that women go through, to better understand them, and therefore, improve our care practice. There is also a need for public health policies aiming at properly informing the population regarding breast cancer scanning, since early diagnosis increases the possibility of cure.

Keywords: mammography; breast cancer; socio-cultural dimension.

Fernando Pessoa

Capítulo 1

O Ponto de Partida do Estudo

1.1 – Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de neoplasia mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. Estima-se que, no Brasil, tenham ocorrido em torno de 48.930 casos novos (Tabela 1), no ano de 2006, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres, segundo dados do Ministério da Saúde.

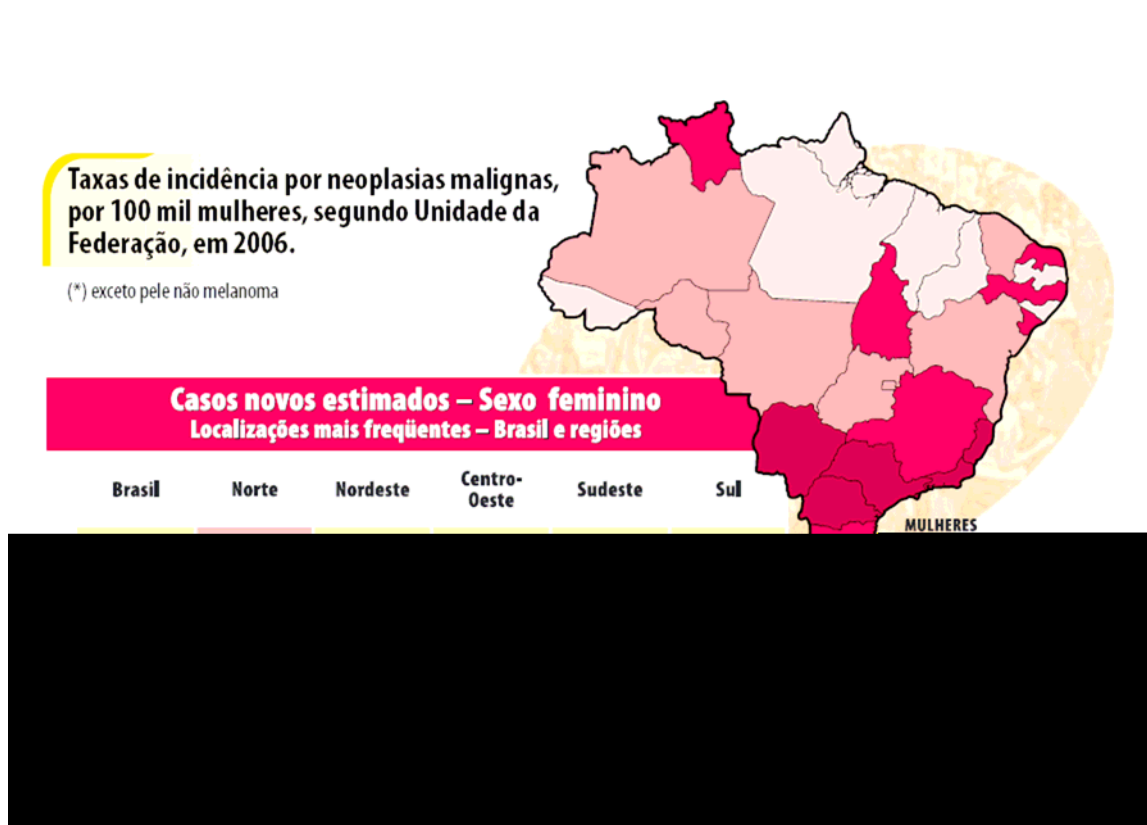
Tabela 1 - Estimativas para o ano 2006 de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos		
	Masculino	Feminino	Total
Mama Feminina	-	48.930	48.930
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.850	9.320	27.170
Estômago	14.970	8.230	23.200
Colo do Útero	-	19.260	19.260
Próstata	47.280	-	47.280
Cólon e Reto	11.390	13.970	25.360
Esôfago	7.970	2.610	10.580
Leucemias	5.330	4.220	9.550
13.470 Cavidade Oral		10.060	3.410
5.760 Pele Melanoma		2.710	3.050
124.850 Outras Localizações		61.530	63.320
355.410	Subtotal	179.090	176.320
116.640	Pele não Melanoma	55.480	61.160
472.050	Todas as Neoplasias	234.570	237.480

Ministério da Saúde, 2006.

Na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres com um risco estimado de 71 casos novos por 100 mil (Figura 1). Sem considerar os tumores de pele não-melanoma, este tipo de câncer também é o mais freqüente nas mulheres das regiões Sul (69/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (27/100.000). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (15/100.000) (Brasil, 2006a).

Figura 1 – Taxas de Incidência por neoplasias malignas por 100 mil mulheres



Ainda hoje, não é possível identificar um fator de risco que pode ser, isoladamente, responsável pelo câncer de mama. Fatores de risco em mulheres incluem história familiar de câncer de mama, diagnóstico confirmado de hiperplasia atípica, densidade da mama aumentada, história de menarca precoce ou menopausa tardia, obesidade após a menopausa, uso de contraceptivos orais ou reposição de hormônios orais (estrogênio e progesterona) pós-menopausa, nuliparidade ou primeira gravidez após 30 anos de idade e consumo de bebidas alcoólicas. Os genes BRCA1 e BRCA2 são responsáveis por cerca de apenas 5% de todos os casos que ocorrem na população feminina. Por outro lado, a atividade física regular parece ser fator de proteção. No entanto, nenhum deles atua sozinho e a gênese do câncer de mama permanece ainda obscura. Assim, a prevenção do câncer de mama ainda não é uma realidade (Harris, 2004).

A evolução da genética molecular no carcinoma da mama vem, lentamente, ampliando nossa compreensão do processo biológico que leva uma célula de mama normal a tornar-se uma célula maligna, com propriedades invasivas e metastáticas (Vieira e Esteves, 2005).

As células são formadas por três partes: a membrana celular, que é a parte mais externa da célula; o citoplasma, que constitui o corpo da célula; e o núcleo, que contém os cromossomos, que por sua vez são compostos de genes. Os genes são arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo (Vieira e Esteves, 2005).

No decorrer da vida, o DNA (ácido desoxirribonucléico) sofre mutações causadas por erros que ocorrem durante a sua duplicação, necessária para a divisão celular. Muitas destas mutações não implicam mudanças detectáveis na atividade metabólica e passam despercebidas. Outras mutações podem determinar a morte celular e, por consequência, também não são detectáveis. Apenas um pequeno número de mutações que ocorrem em genes específicos pode determinar um crescimento desordenado das células (Vieira e Esteves, 2005).

O processo de carcinogênese, ou seja, de formação de câncer, normalmente ocorre lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível. Esse processo passa por vários estágios antes de chegar ao tumor (Vieira e Esteves, 2005). São eles:

- Estágio de iniciação - É o primeiro estágio da carcinogênese. As células sofrem o efeito dos agentes cancerígenos que provocam modificações

em alguns de seus genes. Nesta fase, as células se encontram geneticamente alteradas, porém um tumor ainda não é clinicamente detectável. Encontram-se “iniciadas” para a ação de um segundo grupo de agentes que atuará no próximo estágio.

- Estágio de promoção - É o segundo estágio da carcinogênese. As células geneticamente alteradas sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. Ocorre a transformação em célula maligna, de forma lenta e gradual. Para que essa transformação ocorra, é necessário o contato longo e continuado com o agente cancerígeno promotor. A suspensão do contato com agentes promotores, muitas vezes, interrompe o processo nesse estágio. Alguns componentes da alimentação e a exposição excessiva e prolongada a hormônios são exemplos de fatores que promovem a transformação de células iniciadas em malignas.

- Estágio de progressão - É o terceiro e último estágio, caracterizando-se pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio, o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença.

Os fatores que promovem a iniciação ou progressão da carcinogênese são chamados agentes oncoaceleradores ou carcinógenos. O câncer de mama é caracterizado por desregulação da proliferação e apoptose celulares, desaparecimento de células mioepiteliais, transformação epitélio mesênquima, instabilidade genômica (mutações, deleções, ampliações, rearranjos cromossômicos), perda da organização e compartimentalização (Vieira e Esteves, 2005).

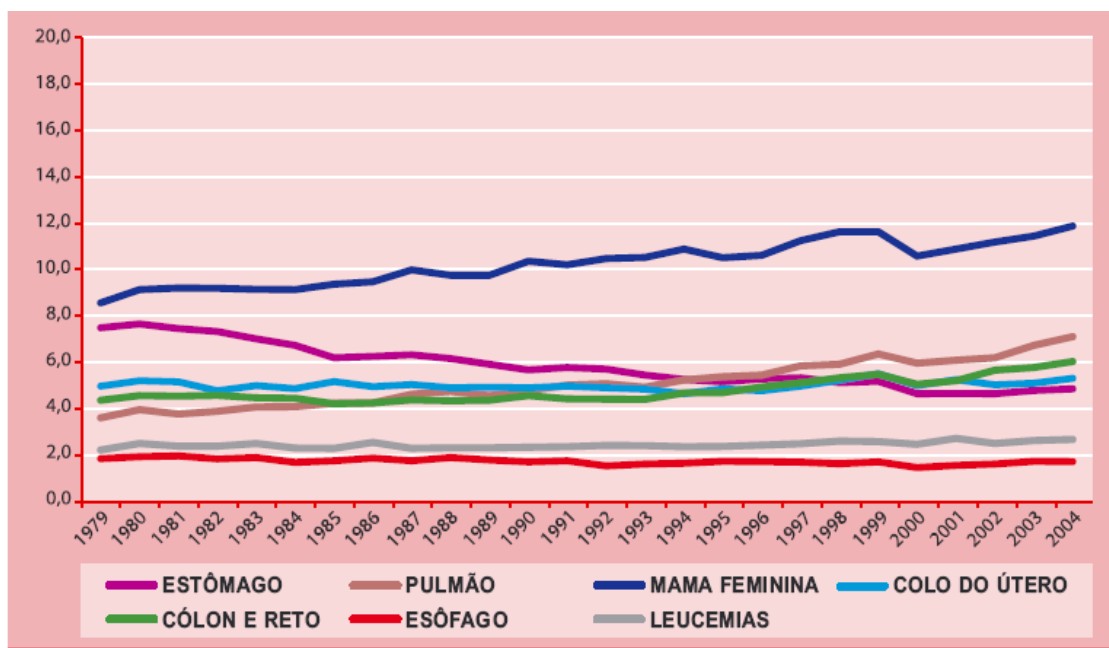
A razão entre incidência e mortalidade mostra a relação entre o número de casos novos e o número de óbitos registrados num determinado local e em período de tempo definido. Esta relação é consequência da sobrevida relativa média de cada tumor e é fortemente influenciada pelas características próprias de malignidade, possibilidade maior ou menor de um diagnóstico precoce e existência de tratamento eficaz. Os cânceres de maior gravidade, em homens e mulheres, são os de pulmão e esôfago, para os quais observamos as menores razões incidência/mortalidade. Os tumores de mama feminina e colo do útero e os tumores da próstata apresentam-se como os de melhor prognóstico (Brasil, 2006b).

O prognóstico do câncer de mama é relativamente bom, se diagnosticado nos estádios iniciais. Estima-se que a sobrevida média geral cumulativa após cinco anos seja de 65% (variando de 53 e 74%) nos países desenvolvidos, e de 56% (49 e 51%) para os países em desenvolvimento. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% (Brasil, 2006b).

Apesar de ser considerado um câncer de prognóstico relativamente bom, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil (Gráfico 1), muito provavelmente por que a doença ainda seja diagnosticada em estádios avançados. Com base nas informações disponíveis dos Registros Hospitalares do INCA, no período 2000/2001 (Brasil, 2006b), aproximadamente 80% dos tumores são descobertos pela própria mulher ao palpar suas mamas, e 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados, estádios III e IV,

dificultando o tratamento e gerando cirurgias muitas vezes mutiladoras, causando maior sofrimento à mulher.

Gráfico 1 - Taxas de mortalidade por neoplasias, ajustadas por idade, para as principais topografias por 100 mil mulheres, no Brasil (1979-2004).



* População Padrão Mundial, 1960.

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/SIM - MP/IBGE - MS/INCA/Conprev/Divisão de Informação.

Estudos observacionais sugerem que a prevenção do tabagismo, alcoolismo, obesidade e sedentarismo reduzem o risco de câncer de mama. Contudo, até a presente data, não existem medidas práticas, específicas, de prevenção primária do câncer de mama aplicável à população. O diagnóstico precoce e as novas técnicas de tratamento visando a melhorar a sobrevivência das pacientes têm sido o alvo dos atuais avanços tecnológicos (Brasil, 2006b).

Estudos têm sido realizados no sentido de validar novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias já que o único método de detecção precoce que, até o momento, mostrou reduzir a

mortalidade por câncer de mama foi o rastreamento populacional com mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos (Brasil, 2006b).

O rastreamento do câncer de mama por meio do exame radiográfico tem sido usado com o intuito de identificar alterações sugestivas de malignidade antes que ocorram manifestações clínicas. Assim, surge o termo mamografia de rastreio ou mamografia para detecção precoce do câncer de mama. A mamografia também é considerada padrão-ouro para investigação de alterações mamárias e para acompanhamento de pacientes submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama (Vainio e Bianchini, 2002).

O primeiro equipamento dedicado à mamografia foi desenvolvida em 1966. Em 1967, uma equipe de pesquisa projetou uma unidade básica que produziu imagens de melhor qualidade, criando o primeiro modelo comercial do “pintura do seio”, em francês), como foi denominado. Um projeto de 2ª geração, desenvolvido em 1980, reduziu significativamente o tempo de exposição, dando mais confiança aos pacientes durante o procedimento, oferecendo também, mais resolução e precisão (Dias, 1994).

No Brasil, em 1973, se realizavam as últimas mamografias na mesa convencional de radiologia. No início do ano, foram inaugurados os primeiros "senógrafos" instalados no Brasil. Na década de 80, com a grande escalada da mamografia nos congressos e jornadas de radiologia, e a sua difusão entre a classe médica, observamos a difusão do método e a venda em grande escala dos mamógrafos para todos os cantos do Brasil (Dias, 1994).

Os primeiros equipamentos motorizados para compressão foram criados no início da década de 80. Infelizmente, a compressão das mamas durante a mamografia pode ser desconfortável, e até dolorosa para algumas mulheres,

mas é necessário reduzir a espessura da mama para melhor visualização do tecido. Por simplificar os procedimentos da mamografia, diminuir a carga de radiação e permitir aos radiologistas observarem estruturas semelhantes, o dispositivo de compressão abriu as portas para, em grande escala, rastrear o câncer de mama, nas mulheres (Harris, 2004).

Novas técnicas foram desenvolvidas ao longo dos anos. Assim, nos dias de hoje as mulheres podem esperar resultados obtidos com tecnologia de ponta, menor tempo de exposição e tecnologia digital incorporada, facilitando a visualização de lesões invisíveis e impalpáveis (Freitas, 2006; Vainio e Bianchini, 2002).

A mamografia foi introduzida em larga escala populacional com fins de rastreamento, inicialmente, na Islândia e em vários distritos da Suécia, em 1987. Em 1988, foi a vez dos Países Baixos e Canadá, enquanto a Finlândia iniciou seu programa em 1989. No início dos anos 90, programas organizados foram iniciados na Austrália, Reino Unido, Estados Unidos, Israel e, posteriormente, França (Vainio e Bianchini, 2002).

Até recentemente, o Ministério da Saúde recomendava a todas as mulheres de 40 a 69 anos a realização anual de exame clínico das mamas para o rastreamento do câncer de mama, independente de sintomas, não havendo menção à realização da mamografia para rastreio. Porém, em abril de 2004, o Ministério da Saúde divulgou o novo documento de consenso para o controle do câncer de mama, que prevê a oferta de mamografia a todas as mulheres assintomáticas, na faixa etária de 50 a 69 anos de idade, para o rastreamento do câncer de mama. O exame deve ser realizado no máximo a cada 24 meses (Brasil, 2004).

Nos ensaios clínicos já realizados, a sensibilidade do exame mamográfico feito anualmente para detectar o câncer de mama variou entre 71 e 98%, enquanto para o exame bienal esta variou entre 53 a 86%, conforme a faixa etária; já a especificidade esteve entre 94 e 97% e o valor preditivo positivo variou de 2 a 22%, ambos tendo como referência a realização de um único exame (Miller et al, 2002; Nystrom et al, 2002).

De acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis do Ministério da Saúde, desenvolvido pelo INCA em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde, pode-se observar que das 16 localidades brasileiras analisadas (15 capitais e o Distrito Federal) a cobertura estimada de realização de mamografia variou entre 37% e 76%. Entretanto, o percentual de realização deste exame pelo SUS variou entre 17% e 54% do total, o que em parte explica o diagnóstico tardio e as altas taxas de mortalidade (Brasil, 2006c).

Para o atendimento de pacientes com câncer, aproximadamente R\$19 milhões da verba anual do SUS são gastos com internações, enquanto com procedimentos ambulatoriais são gastos R\$250 milhões, incluindo quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia. Além disso, a cada ano são gastos R\$ 64 milhões com mamografias (Brasil, 2006c).

Em 2004, o IBGE estimou existirem, no Brasil, cerca de 11.431.744 mulheres na faixa etária compreendida entre os 50 e os 69 anos de idade (Brasil, 2006c). Assim, o país deve estar preparado para continuar realizando mamografias para diagnóstico, acrescidas das mamografias de rastreamento (um exame a cada dois anos para 11 milhões de mulheres) e daquelas geradas por seus desdobramentos (repetição, confirmação diagnóstica,

acompanhamento etc). Outrossim, segundo o Diretor Geral do INCA, “o número ideal de exames seria de cerca de 9 milhões por ano, representando um impacto de R\$ 273 milhões para o SUS”. Isso representa passar dos atuais 2.2 milhões de exames por ano realizados pelo SUS para 9 milhões, o que equivale a 4 vezes o número atual (Brasil, 2006c).

Além disso, segundo informações da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária - 2002, relativa aos equipamentos nas unidades de saúde, divulgada pelo DATASUS, haviam mamógrafos vinculados ao SUS em apenas 579 municípios brasileiros - 10% dos 5.560 municípios existentes (Brasil, 2006c). Destarte, a população feminina residente nos demais municípios tem que buscar este exame fora de seu município de residência, implicando as dificuldades de marcação do exame, o tempo gasto com locomoção e os custos com transporte. Este fato torna muitas vezes inviável a realização do procedimento.

Dentro deste contexto, no Brasil, nos encontramos diante de grande paradoxo: o câncer de mama estudado em seu âmago, com técnicas avançadas de biologia molecular, em um cenário de aproximadamente 50% de diagnósticos em estágios avançados de doença. A mamografia, melhor método para detecção precoce do câncer de mama, é negligenciada pela comunidade médica e vista com dificuldade pelas pacientes em idade de risco.

Vemos, então, que talvez seja necessária uma visão analítica do problema para subsidiar corretas avaliações por parte dos profissionais. O olhar sociocultural, certamente, é um dos caminhos para que cheguemos a tal visualização.

Desde os primórdios da civilização, quando o homem tomou consciência do meio em que vivia, ele viu-se frente a muitas dúvidas e medos. Dentre elas o adoecer e o morrer são as que geram as grandes fobias existenciais. O câncer de mama é uma das doenças mais temidas pela humanidade, pois gera sentimento de medo, angústia e ansiedade, e seu diagnóstico, na imaginação popular está associado à morte. Por mais natural que a morte possa parecer, estar diante desta possibilidade, é tornar-se ciente do próprio fim (Silva, 2005).

A mamografia é utilizada para diagnóstico de doenças mamárias, dentre elas o câncer de mama (Harris, 2004). A possibilidade de câncer torna-se próxima, para pacientes assintomáticas, quando o exame mamográfico é realizado.

Nesse sentido, a compreensão do significado da mamografia para mulheres sem sintomas de doenças mamárias exige que se busque conhecimento nos diversos domínios que falam do homem, saúde/doença e que permitam compreender os diferentes hábitos de vida e cultura.

1.2 – Objeto de Estudo

A presente pesquisa tem como objeto o significado da mamografia como detecção precoce do câncer de mama para as mulheres.

O câncer de mama tem sido visto como um processo irreversível, cujo significado encontra-se associado a um desfecho fatal. No entanto, o avanço da ciência possibilitou o surgimento de tratamentos e perspectivas de cura para vários tipos de câncer. Neste contexto, o diagnóstico precoce vem sendo considerado o fator primordial, pois representa a única chance verdadeira de cura da doença (Vieira e Esteves, 2005).

Hoje, o câncer pode ser considerado uma doença crônica e absolutamente tratável e que, em muitos casos, pode ser curada, principalmente quando diagnosticada precocemente. No entanto, ainda é uma doença bastante estigmatizada, cheia de mistérios e sofrimentos (Silva, 2005).

O enfrentamento do diagnóstico do câncer depende de atributos pessoais: saúde e energia, sistema de crenças, metas de vida, auto-estima, auto-controle, conhecimento, capacidade de resolução de problemas e práticas e apoios sociais. Assim, quando se estuda um processo de enfrentamento de uma pessoa ou família, é preciso considerar suas características socioculturais (Silva, 2005).

Dessa forma, as concepções sobre o câncer têm sido definidas historicamente pela sociedade, construindo uma visão de senso comum sobre a doença, que até hoje guarda muito dessas antigas teorias (Silva, 2005).

Conforme explica Rasia (2002), o imaginário, as representações sociais e, em decorrência, o conjunto dos preconceitos sobre câncer se firmaram

historicamente até a primeira metade do século XIX. Assim, desde o momento em que os primeiros diagnósticos se consolidavam e davam ao câncer a dimensão de doença incurável, um diagnóstico de câncer correspondia a uma sentença de morte (Rasia, 2002).

A conotação moral do câncer, que tem sido construída socialmente e que compreende a doença como castigo divino, reforça a preocupação de que os estudos de diagnóstico precoce devem exigir um instrumental teórico que permita compreender a cultura popular como as representações sociais (Silva, 2005).

O protocolo de diagnóstico precoce do câncer de mama já está bem fundamentado. Contudo, no cenário brasileiro, encontramos dificuldades de implantação do método. Segundo Godinho e Koch (2004), escassez de equipamentos e custo do exame foram identificados como obstáculos ao rastreamento do câncer de mama. No entanto, Alvarado (1999) observa que a forma de encarar a construção do gênero feminino e o significado que as mulheres dão às mamas condiciona as características pessoais e de saúde, influenciando seus comportamentos relacionados à prevenção de doenças.

Segundo Alvarado (1999), a experiência com mulheres sadias, durante a aplicação de um programa educativo gratuito, onde se procurava ensinar a realização do auto-exame da mama, mostrou o quanto é difícil reunir o grupo inicial para receber tal ensinamento, pois sempre havia desistências.

Já Ellery (2004), em um estudo sobre o auto-exame, discute que a técnica vinha sendo trabalhada como forma de identificar alteração nas mamas, como o câncer de mama, exacerbando o temor da existência deste nas mulheres. Concluiu em seu trabalho que o auto-exame das mamas, ao

contrário do postulado por muitos, não é uma técnica simples de ser realizada, uma vez que leva em conta a capacidade de enfrentamento, pois, ao fazer o auto-exame, a mulher depara-se com uma situação, na qual, de forma solitária, pode encontrar algo que ela considera ser maligno.

A mamografia para diagnóstico precoce do câncer de mama é o único método capaz de diminuir a mortalidade por câncer. Por conseguinte, torna-se fundamental avaliar o significado deste exame para mulheres assintomáticas.

No presente estudo, buscamos ampliar esse olhar acerca do que é para a mulher assintomática se submeter a um exame para detecção precoce do câncer de mama. Tínhamos a certeza de que, para um profissional compreender o exame mamográfico e a dificuldade na realização deste exame, necessitaria de outros olhares, para além da Epidemiologia, da Genética e da prática médica.

Nesse sentido, buscamos entender o significado para essas mulheres, que esquecendo da possibilidade de doença, da dor e da ansiedade, mergulham no desconhecido, enfrentando um resultado incerto que poderá por a prova toda a construção da feminilidade.

Tal como pontua Minayo (1999), as categorias saúde ou doença trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico.

Pretendemos alcançar o significado da mamografia para essas mulheres a partir das representações sociais do câncer de mama. Empregamos a expressão representações sociais como “categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade explicando-a, justificando-a ou questionando-a” (Minayo, 1999 : pg 158). Estas representações que se

ancoram no senso comum são construídas socialmente. Representações sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento.

Em outras palavras busca-se responder à seguinte questão:

1.3 – Justificativa

Nas duas primeiras décadas do século XX, enquanto o câncer começava a despontar nos países desenvolvidos entre as doenças de maior taxa de mortalidade, as endemias ocupavam a atenção das políticas de saúde no Brasil. Devido aos números ascendentes na Europa e Estados Unidos, durante o Governo Epitácio Pessoa, em 1920, foram incluídas propostas para uma política anticâncer na legislação sanitária brasileira. O Decreto nº 14.354, proposto por Carlos Chagas, incluía uma rubrica específica para o câncer nos impressos de óbito distribuídos em inspetorias, delegacias de saúde e farmácias, assim como a notificação compulsória, a fim de elaborar medidas sanitárias eficientes (Brasil, 2006b).

Em 1922, o obstetra Fernando Magalhães, no Primeiro Congresso Nacional dos Práticos, no contexto das comemorações pelo Centenário da Independência, apresentou o primeiro plano brasileiro anticâncer. Do evento sairia uma definição de câncer como “mal universal”, um dos desafios a serem enfrentados pela agenda republicana. O câncer começaria a migrar de encargo exclusivo da área médica para um problema de saúde pública (Brasil, 2006b).

No entanto, coube à iniciativa privada a fundação em 1922 do Instituto de Radium, em Belo Horizonte, primeiro centro destinado à luta contra o câncer no país. A partir dos anos 20, pesquisadores como Eduardo Rabello, Mario Kroeff e Sérgio Barros de Azevedo começariam a pensar o câncer como um processo sanitário gerenciado pelo Estado. Somente no início da década de 30, no Governo Provisório, houve investimentos na construção de uma unidade hospitalar para tratamento e estudo do câncer. Em 1937, Getúlio Vargas assina

o decreto-lei nº 378, criando o Centro de Cancerologia, no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro (Brasil, 2006b).

O projeto anticâncer ganharia caráter nacional em 23 de setembro de 1941, com a criação do Serviço Nacional de Câncer, destinado a organizar, orientar e controlar a campanha de câncer em todo o país. Em 1946, no contexto de uma nova definição de saúde, como o completo bem-estar físico, social e mental, deixando de consistir apenas em ausência de doença – conforme proposta da então recém-fundada Organização Mundial de Saúde, com participação do Brasil, esta definição passou a ser utilizada como estratégia da prevenção, para obtenção do diagnóstico precoce da doença (Brasil, 2006b).

A partir de 1965, através de reuniões anuais de representantes das organizações vinculadas à campanha anticâncer visando a uma política unificada, com bases sólidas em todo o país, foi criada em 1967 a Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Apesar dos avanços, no fim dos anos 60, retornaram os conceitos da medicina liberal, que entendia o câncer como problema individual. Essa nova dinâmica deixava à iniciativa privada um rentável campo de incursão médico-cirúrgica. O período também traria o esvaziamento gradual do vocábulo câncer, que estaria associado à morbidez, em favor de terminologia menos comprometida, como “doenças crônico-degenerativas”. A interrupção autoritária das políticas anticâncer, que haviam colhido consenso entre o público e o privado, fortalecendo o privado em detrimento do público, resultaria, em 1970, na decadência do Serviço Nacional do Câncer (Brasil, 2006b).

Em 1980, uma ação administrativa inédita, denominada co-gestão, aprimoraria, com agilidade e flexibilidade, o controle do câncer no Brasil. A Constituição Federal de 1988 mudaria significativamente a estrutura sanitária brasileira, destacando-se a caracterização dos serviços e das ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico. Esta diretriz seria regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080), em 1990 (Brasil, 2006b).

Em setembro de 2002, com a atualização das observações dos ensaios clínicos em andamento (Miller et al, 2002; Nystrom et al, 2002), o grupo de estudos de câncer de mama da força tarefa norte americana (Humphrey et al, 2002) ratificou evidências em favor da redução da mortalidade por câncer de mama em mulheres submetidas à mamografia anual ou bienal, associada ou não ao exame clínico das mamas. Para o grupo de mulheres de 50 a 69 anos os dados estimam uma redução da mortalidade de 16% (Risco relativo= 0,84; intervalo com 95% de confiança= 0,77-0,91), enquanto para mulheres na faixa etária compreendida entre 40 e 49 anos de idade, a redução esperada é de 15% (Risco relativo= 0,85; intervalo com 95% de confiança= 0,73-0,99).

Como foi visto, apesar de ser o exame capaz de reduzir a mortalidade do câncer de mama, segundo o Ministério da Saúde, a adesão à mamografia ainda é pequena, no Brasil. Assim, é fundamental que se aprofundem os estudos sobre mamografia para detecção precoce do câncer de mama.

Junto à necessidade de se ter um perfil dessa situação, para melhor orientar procedimentos clínicos, acreditamos ser necessário analisar o significado que a mamografia para detecção precoce do câncer de mama assume para as mulheres na faixa etária de maior risco. Com base nessas

opiniões e percepções, a clínica poderá melhor adequar a conduta terapêutica e obter uma melhor aderência ao programa de rastreamento, por parte das pacientes.

O câncer de mama é uma patologia peculiar, pois além de apresentar todas as representações do câncer, também interfere com a função social da mama no corpo da mulher. A possibilidade de patologia mamária traz fatores que comprometem a construção fundamental da existência feminina (Gomes et al, 2002).

Em uma busca inicial da literatura no período de 2000 a 2006, foram encontrados 111 artigos relacionados à mamografia e ao câncer de mama (15 Scielo e 96 Medline), 1383 artigos relacionados à mamografia de rastreamento e ao câncer de mama (0 Scielo e 1383 Medline) e 3 artigos relacionados à representação social do câncer de mama.

A maioria desses estudos trata dos aspectos relacionados à epidemiologia do câncer de mama e ao diagnóstico através do exame mamográfico. Encontramos também relatos de casos e questões relacionados à prática e acurácia da mamografia. Com relação à mamografia de rastreamento, os artigos abordam a dificuldade técnica da realização da mamografia e questões epidemiológicas.

Apesar de relevante, a temática em questão não tem sido investigada na literatura nacional e internacional dentro de um enfoque simbólico, indicando, assim, a necessidade de estudos nessa área. Não foram encontrados trabalhos sobre o significado e a representação da mamografia para mulheres. Essa pesquisa foi realizada através do Medline, Lilacs e Medscape.

O presente estudo se justificou não só pelas lacunas na literatura acerca da dimensão sociocultural de um exame de rastreio para câncer de mama, como também pelas inúmeras questões simbólicas que surgem em torno desse problema, que não devem ser desconsiderados nem pela prática médica, nem pelos serviços de saúde pública.

1.4 – Objetivos

Foram objetivos do nosso estudo:

- Analisar o significado da mamografia para pacientes que se submeteram ao exame mamográfico para detecção precoce do câncer de mama
- Identificar os fatores no imaginário feminino que dificultam a realização da mamografia como diagnóstico precoce do câncer de mama
- Discutir o relato das vivências das mulheres ao realizar o exame mamográfico para detecção precoce do câncer de mama.

Capítulo 2

Referencial Teórico

2.1 – Aspectos Socioculturais do Processo Saúde e Doença

Good (1994) observa em seu capítulo intitulado
que quando voltamos nossa atenção para problemas que envolvem doença não devemos perder de vista o fato de que enfrentamos, de um lado, fatores biológicos e, de outro, fatores sociológicos, psicológicos e culturais. Tal discussão nos coloca frente a um grande desafio, quando analisamos o conhecimento médico e o significado das pessoas sobre a doença.

A antropologia médica tem dedicado especial atenção à análise de representações sociais nas doenças como, por exemplo, a AIDS e o Câncer. A relação destas representações e a representação do corpo feminino serão discutidas para melhor compreensão do que leva uma mulher a criar tanto obstáculo para se submeter ao exame de mamografia. Good (1994) diz o que as pessoas sabem sobre o câncer não é o que define uma célula como cancerosa, mas sim que ter câncer é freqüentemente fatal e doloroso.

Segundo Good (1994), há, pelo menos, quatro abordagens da antropologia médica sobre as representações sociais da doença. A primeira abordagem, que segue a tradição empirista, para esse autor, procura compreender as representações de doença a partir das crenças presentes no senso-comum. A segunda se orienta a partir de uma visão da antropologia cognitiva, que se volta, dentre outros aspectos, para a investigação de como a linguagem e a cultura estruturam a percepção. Na terceira abordagem, qualificada como interpretativa, as representações de doença são vistas como culturalmente constituídas, centrando-se no seu significado. Por último, se

destaca a chamada abordagem crítica que entende as representações de doença como mistificação. Os estudos dentro dessa abordagem, em geral baseados no pensamento neomarxista, se esforçam para entender questões de saúde à luz de forças políticas e econômicas que padronizam relações interpessoais, moldam comportamentos sociais, geram significados socialmente compartilhados e condicionam experiências coletivas.

Good (1994) destaca que a doença e o sofrimento humano, em geral, são fenômenos complexos, motivo pelo qual se justifica a pluralidade de pontos de vista. Particularmente, neste projeto, as representações sociais da doença serão mais focalizadas a partir da construção sociocultural desse fenômeno, sendo privilegiada a segunda posição citada por Good (1994).

Segundo Faria e Seidl (2005), a normalidade e anormalidade são conceitos éticos, variantes do “conceito do bom”. Assim, doença seria relativa às normas culturais e éticas de uma dada sociedade. Qualquer trabalho verdadeiramente científico deve reconhecer a relatividade cultural de patologia e não simplesmente assumir que nossas próprias formas de doença fazem parte da natureza humana e são conseqüentemente universais. Ainda, segundo Faria e Seidl (2005), patologia é um objeto essencialmente cultural e as representações fazem parte da própria essência do objeto.

É no espaço cultural onde as dimensões econômicas, políticas e simbólicas ganham vida. É no locus da cultura onde são articulados os conflitos, as concessões, as tradições e as mudanças. É onde surgem os “sentidos”, uma vez que nunca há apenas um “significado” (Minayo, 1999).

A partir dessas considerações a mamografia não pode ser vista como um simples exame, uma vez que envolve também uma dimensão simbólica. No

espaço cultural pode ser considerada apenas como uma possibilidade real do diagnóstico do câncer, prejudicando, assim, o acesso ao exame.

Para se compreender o aspecto médico-social do exame mamográfico serão utilizados os chamados modelos conceituais da medicina e do paciente, discutidos por Helman (1994) e Alves (1993). O modelo da medicina é delimitado culturalmente, variando segundo o conceito em que aparece e é utilizado sob diferentes perspectivas. Ele tende a sofrer modificações ao longo do tempo, à medida que novas descobertas vão surgindo. O modelo do paciente varia em dimensões psicológicas, morais e sociais em determinada cultura, e até de indivíduo para indivíduo. Também, sob esta perspectiva o modelo sofrerá alterações com o passar do tempo porque as sociedades estão em constante mutação. O modelo da medicina tem parâmetros físicos e químicos determinados, enquanto o modelo do paciente fornece o “significado” da enfermidade e, este significado, depende da inserção sociocultural do paciente.

Com base em Helman (1994), podemos considerar que uma abordagem antropológica voltada para a saúde procura jogar o foco de atenção para a experiência humana, para o sofrimento humano, tentando buscar o significado e interpretação de fatos e narrativas, decodificando o que significa ser humano nas diferentes culturas.

A medicina científica moderna baseia-se em pressupostos e hipóteses passíveis de testagem, verificação, controle e, sobretudo, quantificação – é a chamada racionalidade científica. Assim sendo, os fenômenos relacionados à doença tornam-se “fatos” clínicos somente quando puderem ser observados, testados e medidos com objetividade. A deficiência de ferro, por exemplo, pode

ser a causa de uma anemia. Existem, então, certos princípios preestabelecidos que servem de base aos chamados “modelos conceituais”.

Ainda segundo Helman (1994),

(pg 101). A perspectiva do paciente parte de um modelo conceitual mais amplo, que é utilizado para decodificar infortúnios em geral, incluindo-se aqui fatores considerados “menos reais” e, conseqüentemente, “menos mensuráveis”, como os aspectos psicológicos e socioculturais.

Helman (1994) nos traz o conceito de modelo explicativo (ME) de Kleinman. Trabalhar com esse conceito significa levar em conta o processo por meio do qual a doença é “padronizada, interpretada e tratada”. O ME é definido por Kleinman como “o conjunto das idéias de todos os envolvidos no processo clínico sobre um episódio de doença e seu tratamento” (apud Helman, 1994 : pg 107-108).

Helman (1994), com base em Eisenberg, observa que modelos “são formas de construir a realidade e de impor significado ao caos do mundo fenomenológico” (pg 101). No encontro médico/paciente, o médico tem a tarefa de “decodificar” o discurso deste, relacionando os sintomas a seus referenciais biológicos para, então, fazer o diagnóstico. Já se percebe uma interpenetração dos conceitos - discurso do paciente (modelo conceitual do paciente); referenciais biológicos (modelo conceitual do paciente e da medicina); e, diagnosticar a doença (modelo conceitual da medicina).

O modelo da medicina é delimitado culturalmente, variando segundo o contexto em que aparece e é utilizado sob diferentes perspectivas. Ele tende a sofrer modificações ao longo do tempo, à medida que novas descobertas vão surgindo. O ME médico é elaborado para tratar um episódio em particular e baseia-se na seqüência causal exclusiva da lógica científica.

Também, na perspectiva do paciente, o modelo varia segundo dimensões psicológicas, morais, sociais de determinada cultura e até de indivíduo para indivíduo. Como as sociedades são fenômenos em constante mutação, conclui-se que a perspectiva do paciente também sofrerá alterações ao longo do tempo. O ME leigo em geral antecipa várias perguntas: Que aconteceu? Por que aconteceu? Por que comigo? Por que agora? Que poderia me acontecer se eu não tivesse tomado providência? Quais os prováveis efeitos sobre as outras pessoas se nenhuma providência for tomada? Que devo fazer? A quem devo recorrer para pedir auxílio?

Alves (1993) e Helman (1994), baseando-se em Kleinman, apresentam uma discussão importante para se compreender a transição entre os ME leigo e médico, que ocorre no espaço da consulta clínica. A interação entre esses dois modelos sofrerá influência do espaço físico e também da classe social e gênero das partes envolvidas: médico e paciente.

Se a decisão tomada for a consulta ao médico, neste encontro será discutido a etiologia da doença, o diagnóstico será feito e o tratamento que deve ser posto em prática, será prescrito.

Os fatores fisiológicos, sociais, culturais e emocionais irão influenciar a forma como a doença é apresentada na consulta e, conseqüentemente, esta forma de apresentação também terá influência no diagnóstico. Os médicos

devem estar atentos a estes fatores, uma vez que estes influenciam o comportamento do paciente e podem impedi-lo de manifestar-se com clareza, prejudicando, assim, o diagnóstico (Vieira, 2004).

Helman (1994) diz que pacientes de diferentes grupos socioculturais farão uso de uma diferente “linguagem de sofrimento” também distinta para comunicarem aos médicos a razão da consulta. O médico deverá “decodificar” a linguagem, inclusive a não-explicita ou não-verbal, a fim de fazer um diagnóstico inicial. A consulta possui, então, características rituais e simbólicas, cujas funções manifestas incluem a apresentação da enfermidade, o diagnóstico da doença e a prescrição do tratamento.

Compreender as metáforas usadas pelo paciente, o significado, a percepção e a importância que este dá aos sintomas que ele tenta apresentar é tarefa do médico na busca de um bom diagnóstico. Exames complementares também são utilizados pelos médicos, porém quanto mais aproximada for a interação deste encontro médico-paciente, tanto mais apurado será o diagnóstico. A tecnologia moderna oferece exames de extremo valor, porém não se pode desconsiderar a história do paciente, e esta será tanto mais eficiente para o diagnóstico quanto mais estreita for esta interação.

Nas últimas décadas, os sociólogos e antropólogos vêm dando uma importante contribuição para a compreensão dos fatores socioculturais que configuram as crenças e os valores médicos como respostas socialmente organizadas para o fator doença.

Dentre as sensações mais comuns a que se referem os doentes e que se traduzem em sintomas, sem dúvida a dor é a mais contundente. Talvez pelo fato de não se poder descrevê-la com palavras que reproduzam o que ela

verdadeiramente é, por ser uma experiência altamente subjetiva, recorre-se a imagens e metáforas para representá-la, associando-se dor e agressão (Ferreira, 1994).

Quando a dor provoca um extremado sofrimento, ela é, às vezes, associada à idéia de uma doença grave como o câncer, demonstrando sua associação com o medo da morte, que quase sempre está implícita nesta doença, a qual está “criando raiz”, se espalhando, proliferando, dominando o organismo (Ferreira, 1994).

Alves (1993) coloca que a experiência da enfermidade é um termo que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença. O fato de o indivíduo sentir-se mal é que origina as representações da doença, transformadas em sintomas, impressões sensitivas, torna-se uma enfermidade; enfermidade essa dotada de significado pela experiência na medida em que se torna real. Esse real proporciona à mulher o medo de passar por exames que concluam que ela realmente está enferma.

A discussão das idéias apresentadas até aqui nos ajuda a construir uma perspectiva que vai para além da anátomo-fisiopatologia. Faz-nos entender que, para que possamos melhor compreender o processo saúde-doença-cuidado, necessitamos uma visão ampliada. Assim, a partir dessa perspectiva, além dos aspectos biológicos, necessitamos apresentar os aspectos socioculturais do processo saúde e doença.

Essa visão sociocultural é fundamental para analisarmos o significado da mamografia para mulheres sem sintomas mamários e, assim, podermos inferir

sobre os aspectos que dificultam a realização da mamografia por essas mulheres.

2.2 – Representação do Corpo Feminino

A antropologia médica tem dedicado especial atenção à análise de representações sociais das doenças como, por exemplo, o câncer. A relação dessas representações de gênero do corpo feminino, nascimento e reprodução nos remetem ao fato de que as sociedades humanas apresentam duas categorias sociais: “masculina” e “feminina”, cada uma com suas normas preestabelecidas pelas culturas de gênero; normas essas que podem variar segundo os costumes. É a influência do meio permeando comportamentos (Vieira, 2004).

No Chile, por exemplo, as diferenças de gênero se expressam nas causas específicas que levam homens e mulheres às consultas médicas. Os homens o fazem por transtornos “ativos”, como o alcoolismo, por exemplo, enquanto as mulheres o fazem por transtornos “passivos”, como neuroses e

Tradicionalmente, sempre houve uma separação entre o que é trabalho de homem e o que é trabalho de mulher. Àquele cabiam as tarefas mais pesadas, a manutenção do lar e o trabalho fora. À mulher cabiam o trabalho doméstico e a criação dos filhos.

Mamede (1991) assinala que persiste, nos dias de hoje, o conceito de que a função reprodutiva das mulheres, que é biológica, continua atuando como referência para a sua socialização, para a formulação de seus direitos e deveres, para a limitação de sua participação política e social.

O modo como as mamas são vistas pela sociedade é uma das formas que contribuem para a valorização dessa parte do corpo pelas mulheres, sendo esta a influência mais forte nesse processo de estruturação da imagem corporal (Valanis & Rumpler, 1985).

É natural que assim seja, uma vez que um mesmo órgão, a mama, pode representar tanto a saúde e o suporte da origem da própria vida, quanto a mais agressiva das doenças, o câncer (Garcia, 1997). Por outro lado, nas suas várias perspectivas – anatomia, estética e sedução, lactação, raízes mitológicas a alegóricas, tradições religiosas e populares, aspectos antropológicos, psicológicos e sociais, moda, comunicação e publicidade – a mama desperta interesses globais e globalizantes, impedindo que nos seus domínios existam especialistas exclusivos, venham eles da ciência, das artes ou das letras (Garcia, 1997).

Segundo Alvarado (1999), o seio feminino apresenta duas conotações na nossa sociedade: uma como órgão desenhado para nutrição e outra como objeto erótico.

Por sua simbologia, vários são os registros poéticos da mama feminina, utilizados para dar expressão a uma conotação mais lírica ou platônica, ou mais erótica ou brejeira, como podemos observar nos poemas de Manuel Maria Barbosa du Bocage (1765 – 1805) e Fernando Pessoa (1888 – 1935):

Manuel Maria Barbosa du Bocage (1765 – 1805)

Fernando Pessoa (1888 – 1935)

Os primeiros indícios claros de uma erotização das mamas remontam a 5.000 anos atrás. As antigas egípcias maquiavam cuidadosamente os seus seios, pois os deixavam ser vistos através de seus transparentes vestidos plissados, enquanto as fenícias inventaram um espécie de corpete para falsear seus atributos (Alvarado, 1999).

A exibição das mamas também era bem vista nas civilizações antigas - Roma e Grécia - até a chegada do cristianismo, quando se criou uma cruzada contra a imagem dos seios, visão esta que alcançou seu ponto máximo na Idade Média (Duby, 1996). No fim do século XIII, pintores e escultores tentavam dar à mulher uma imagem ambígua. Segundo Duby (1996), com tentativas de induzir à tentação os homens que passam.

Foi preciso esperar pelo fim do período medieval, para que os seios vivessem momentos de glória. Agnès Soresl teria sido a primeira a ser retratada (pelo pintor Jean Fouquet) com o seio nu (Leal, 2000).

Daí por diante, imperam os caprichos de cada época. Com o fim do renascimento, o estilo espanhol é de vestido sombrios, fechados até o queixo e

arrematados por imensas golas armadas. Na França, no reinado de Luís XIV, os corpetes abotoados na frente se tornam mais leves e permitem ousadias. No século XVIII, surgem barbatanas e espartilhos que, além de sustentar e dar realce, servem para distinguir as mulheres nobres daquelas do povo. Seja no século XIX, com retorno do espartilho, seja na era do náilon, após a Segunda Guerra Mundial, a mama sempre está presente para construção da imagem corporal (Leal, 2000).

A visão da mama feminina passa por transformações decorrentes de modificações culturais e de épocas. Tais modificações induzem as mulheres a sucumbirem ao desejo da cultura atual, até mesmo sofrendo processos mutiladores e radicais (Alvarado, 1999).

Após séculos de atitudes disciplinadoras e de controle, parece haver, hoje, um movimento reivindicatório do corpo, uma espécie de resistência a seu secular menosprezo, já não mais local do pecado e prisão, senão da exaltação do prazer e da sedução. A mídia participa, junto com outras instituições, da difusão dessas fantasias modernas, e deve ser por isso que os cuidados quase obsessivos com a saúde, a beleza e o corpo constituem temas recorrentes na televisão brasileira (Natansohn, 2005).

Segundo Alvarado (1999), os fatores socioculturais determinam os papéis da mulher, e estes estão relacionados com mudanças históricas que vão desde a extensa família de sociedades agrícolas ou artesanais até a pequena família moderna, própria das sociedades industrializadas. Assim, é na cultura ocidental onde se tem outorgado especial ênfase aos seios femininos como elemento erótico e atributo físico nas mulheres.

O que seria a mama ideal? Segundo Leal, 2000:

Relatos históricos sobre o aleitamento materno também têm demonstrado sua relação com a figuração social da mulher. Segundo Alvarado, (1999), a maternidade representa uma expectativa de realização feminina. A autora observa que o aleitamento materno é uma etapa maravilhosa na vida da mulher e, ao incorporar esta função primária da mama, acaba por gerar angústias quando não se pode cumprir o papel básico da maternidade.

Assim, a mulher com todo esse conjunto de conotações em relação às suas mamas acaba por imprimir-lhes determinados significados e, portanto, atua em função desses significados.

Em síntese, vejamos a visão de uma mulher, a respeito da importância da mama:

Em primeiro momento, o “PEITO” da mulher é tido como a _____ que ela possui para “enfrentar o mundo”.

A seguir o “SEIO” é apresentado como _____ “para cativar”, para conquistar o homem que deseja.

A seguir a “MAMA” surge como _____ que, através da amamentação, serve de alimento à criança que chora.

Já na estrofe seguinte esse atributo que a mulher possui “de mais feminino” lhe é extirpado, ficando a pergunta que será feita frente ao espelho:

“O que és tu mulher????”

O espelho, este fiel companheiro, reflete a _____, a _____ da
“essência” da mulher, sem a qual só vai restar o “pranto no olhar”, pois

“O que és tu mulher?...”

Maria Vitória Hurtado, 2006.

2.3 – Dimensão Simbólica do Diagnóstico de Câncer de Mama

O câncer de mama feminina está entre as doenças que mais afetam a mulher, fazendo com que suas portadoras vivenciem um processo de fragilização. Para que os profissionais de saúde possam lidar com essa problemática, é preciso que haja, além do entendimento da dimensão psicológica, uma compreensão sócio-antropológica do contexto e da situação social em que se encontra o sujeito da doença, uma vez que é através das interações sociais que "indivíduos desenvolvem determinadas experiências, estabelecem campos de significação e adquirem um senso de sua própria identidade" (Hita, 1998).

Sontag (1984) focaliza as duas doenças mais sujeitas aos ornamentos metafóricos: a tuberculose, no passado e o câncer, mais recentemente. O câncer é um intruso que adentra o lar corporal, às vezes sem qualquer aviso e de maneira furtiva e cruel. O medo por ele suscitado confere ao nome da doença um poder mágico. A palavra 'câncer' ainda não é pronunciada por muita gente, que acredita neste poder, apesar das tentativas constantes de se tentar desmistificá-la. Porém, como seus sintomas principais são, até certo ponto, invisíveis (quase sempre é descoberta por acaso) a doença continua a provocar pavor.

Segundo a mitologia do câncer, nos diz Sontag, o que causa a doença é a firme repressão de sentimentos, em especial o ódio. A autora cita que uma fonte dessas fantasias que fazem a associação do câncer com a repressão de sentimentos está em Wilhelm Reich, quando define o câncer como

(Reich apud Sontag, 1984 : pg

32).

No século XIX, a noção difundida de

(Sontag, 1984 : pg 58), sendo um produto da vontade.

Esta idéia foi ampliada para afirmar que o caráter é a causa da doença –

(Sontag, 1984 : pg 61).

Essas noções perigosas colocam no paciente a responsabilidade sobre a doença, ligando-a aos sentimentos dolorosos. No entanto, as pessoas que não têm câncer também têm sentimentos dolorosos; mesmo por que esses sentimentos fazem parte da condição de ser humano. Dispor os fatos no terreno psicológico, leva ao esquecimento de que esta é uma doença multifatorial. É, talvez, devido à “obscuridade” de suas causas que o câncer continua sendo sobrecarregado de significação. Suas células que se multiplicam, são células “invasoras”, que “colonizam” regiões distantes do tumor inicial. Quando as “defesas” do corpo não são suficientes, os pacientes são “bombardeados” com raios tóxicos e/ou com a “guerra química” da quimioterapia. Esse parece um cenário de ficção científica com suas células “mutantes” e seus tumores “malignos”. É uma “fúria devastadora”.

Em se tratando do câncer de mama feminina, Tavares e Bomfim (2006) refletem sobre a “construção social” do câncer de mama como um problema de saúde. A autora investiga como as forças sociais moldam os entendimentos e as ações da sociedade com relação à saúde, à doença e à cura. A doença é vista como uma perda do controle pessoal sobre o corpo. E, em nível de

sociedade, pode-se dizer que, metaforicamente, a doença é a perda do controle social.

Quando tratamos do câncer da mama feminina, acrescentamos aos fatores relacionados ao câncer em geral os aspectos relacionados à função social do corpo da mulher. Nesse sentido, no universo simbólico, a mama é um elemento fundamental capaz de concentrar papéis da identidade feminina, como a sexualidade - incluída aí a sensualidade -, sendo os seios objeto de prazer e desejo, e a feminilidade diante da possibilidade exclusivamente concedida à mulher do ato da amamentação (Gomes et al, 2002).

A possibilidade de desenvolver uma doença na mama compromete toda essa construção fundamental da existência feminina. Compreender esses significados colabora no entendimento da totalidade dos aspectos que compõem o adoecimento por câncer, incorporando ao tratamento do tumor o sujeito fragilizado em suas funções de mulher e mãe (Gomes et al, 2002).

Encontramos em Fernandes (1997) a descrição de cinco estágios na evolução psíquica de pacientes que sofrem de uma doença grave ou incurável. Este processo, segundo a autora, foi descrito por Kübler-Ross em 1989:

Levando em consideração a forte influência judaico-cristã na cultura ocidental, faz-se necessário analisar também alguns aspectos contidos na Bíblia. Botelho (1991) faz alusão ao surgimento do monoteísmo cristão, quando um Deus passou a ser o Senhor não só da vida e da morte, mas também da saúde e da doença, o que representava o Seu poder sobre os homens. Assim, como premiação pela obediência à lei divina era dada a saúde e, como castigo por seu descumprimento, a doença. Nos casos em que enfermidades acometiam pessoas obedientes e tementes a Ele, a figura do antideus ou Diabo era responsabilizada por isso. Dessa maneira, era explicada a incoerência do adoecimento de indivíduos que seguiam as regras divinas, culpando forças externas representadas pela figura demoníaca por esse adoecimento. Esta as fazia adoecer apenas para mostrar que tinha força suficiente para influenciar situações, mesmo contrariando o que teria sido estabelecido por Deus.

Vieira e Queiroz (2006) observaram em trabalho sobre representações sociais sobre o câncer feminino, que a vivência do câncer trouxe uma sensação de vazio e sentimento constante de solidão. Tais experiências intensificam-se com a internação, e a mulher faz uso de alguns recursos buscando a diminuição desse sofrimento. A busca pela religião atua positivamente nesse sentido, sendo um apelo externo quando a paciente sente que seus recursos internos são escassos.

Ainda segundo Vieira e Queiroz (2006), devido a esses fatores, o apego à religiosidade constituiu um aspecto importante extraído das suas entrevistas. Em tal contexto, a fé adquire a função de estabelecer um pacto com a vida, de conseguir um aliado na luta contra a doença. O objetivo é o afastamento da dor

e da morte, muitas vezes obtido por promessas. É interessante notar que este tipo de postura foi generalizado entre as mulheres pesquisadas por Vieira e Queiroz (2006), incluindo até mesmo aquelas que não seguiam uma prática religiosa institucionalizada. O trecho abaixo dá expressão a esse tema.

Segundo Gomes et al (2002), com base na experiência da abordagem a mulheres portadoras de câncer de mama, pode-se refletir sobre as repercussões que as representações sociais sobre essa patologia trazem para as mulheres, no sentido de se criarem condições, objetivas e subjetivas, para que haja mobilização em busca de um caminho que favoreça o tratamento e o enfrentamento do câncer.

Por fim, Siegel et al (2001) destacam o papel da religião na facilitação do acesso a redes de suporte e de integração social nas instituições religiosas e suas congregações. Complementarmente, Ellison (1994) observa que várias pessoas costumam recorrer a instituições religiosas em tempos de doenças severas, pelo fato destas estarem historicamente identificadas com a oferta de apoio emocional, prática assistencial e caridade aos enfermos e necessitados.

Segundo Silva (2005), apesar de ter ocorrido uma série de avanços no diagnóstico e no tratamento, o significado do câncer ainda o conota como algo terrível. A possibilidade de ser curado é concebida como um milagre e não como um fenômeno possível de ocorrer, pois a divulgação dos sucessos ainda não é considerada confiável pela população em geral. Essas crenças podem

trazer conseqüências desastrosas, tanto do ponto de vista emocional, como da ação prática e concreta para o enfrentamento do diagnóstico do câncer.

Freqüentemente, a mulher, ao se perceber como possível portadora de uma patologia representada socialmente como aliada à dor ao sofrimento e com desfecho fatal, sofre reflexos dessas construções historicamente determinadas, que podem muitas vezes levá-la à negação desse processo, traduzindo-se em um elemento dificultador para a detecção precoce do câncer e, conseqüentemente, para a obtenção de melhores prognósticos (Gomes et al, 2002).

Capítulo 3

Desenho Metodológico

3.1 – Natureza do Estudo

Nosso desenho metodológico consistiu em um estudo exploratório sob uma perspectiva qualitativa. Em termos de pesquisa exploratória, nos baseamos na conceituação de Tobar e Yalour (2001), como sendo:

(pg
69).

O presente estudo traz uma abordagem qualitativa que busca entender o significado que os sujeitos atribuem às situações vividas e a relação destes significados com a realidade na qual estão inseridos, empregando-a no sentido de uma abordagem voltada para a compreensão de significados, valores culturais e crenças (Minayo, 1999).

Com este tipo de abordagem, não há uma preocupação com a comprovação de hipóteses definidas antes do início da investigação. A respeito disso, Minayo (1999) esclarece que, na abordagem qualitativa, as hipóteses assumem mais um papel de guia e de referência no confronto com a realidade empírica.

Adotamos esse desenho de estudo porque constatamos que pouco vem sendo discutido, em termos socioculturais, em torno da temática mamografia para diagnóstico precoce do câncer de mama. Além disso, captando a complexidade emergida dos relatos das mulheres, poderíamos compreender o que essa mulher atribui à situação vivenciada por ela.

Acreditamos que o estudo pode trazer uma dimensão subjetiva que se diferencia das abordagens da clínica oncológica e da epidemiologia. Tal dimensão pode trazer um referencial do campo da subjetividade no sentido de não só subsidiar a abordagem da temática, como também a assistência à saúde da mulher em geral.

3.2 – A Operacionalização da Pesquisa

Planejamos, como técnica de coleta, a entrevista semi-estruturada, entendidas como aquela que:

(Minayo, 1999 : pg 108).

Os temas abordados devem abranger as seguintes questões:

- 1) Experiência anterior com a realização da mamografia
- 2) Saberes anteriores
- 3) Conhecimento do motivo pelo qual deve se submeter à mamografia
- 4) O que sentiu (quando o exame foi solicitado, quando realizou e depois que realizou)
- 5) O que espera do resultado

As entrevistas foram realizadas pela autora, no Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Após o consentimento das entrevistadas gravamos os depoimentos em fita de áudio e todas as gravações foram transcritas e digitadas em processador de texto.

Em relação aos sujeitos de nosso estudo, selecionamos mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, matriculadas no Departamento de Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ. Estas mulheres foram entrevistadas na saída do exame de mamografia de rastreamento, na ausência de sintomas mamários, somente para detecção precoce do câncer de mama.

O Instituto Fernandes Figueira é uma Unidade Técnico-Científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), desde maio de 1970 (Brasil, 2006d).

O edifício que hoje abriga o Instituto Fernandes Figueira foi construído em 1922. Somente em 1924, com o nome de Abrigo Hospital Arthur Bernardes foi criado, por iniciativa de Carlos Chagas e de Antonio Fernandes Figueira o centro de excelência que atualmente conhecemos como Instituto Fernandes Figueira (Brasil, 2006d).

O Hospital foi criado para suprir a falta de um estabelecimento destinado ao atendimento específico de crianças. Logo, o Abrigo começou a se constituir num grande centro de pediatria brasileira e colaborador de estudos nesta área da medicina. Só em 1946, passou a chamar-se Instituto Fernandes Figueira – em homenagem ao seu patrono, falecido em 1928 (Brasil, 2006d).

A partir daí, assumiu o papel de Centro Científico destinado a promover pesquisas relativas à Saúde da Mulher e da Criança (Brasil, 2006d).

O departamento de Ginecologia do Instituto Fernandes Figueira é composto por Setores, entre eles o Setor de Mastologia, centro de referência nacional, responsável pelo estudo de doenças da mama assim como pela realização de pesquisas que visam a melhorar a qualidade do atendimento da mulher.

Dada a ausência de um método de prevenção primária do câncer de mama, à luz do conhecimento científico atual, o Setor de Mastologia estimula e promove o rastreamento de mulheres matriculadas no Setor de Mastologia. Desta maneira, se almeja aumentar o diagnóstico precoce do câncer de mama e reduzir a mortalidade.

São realizados aproximadamente 50 exames mamográficos por semana, sendo que pelo menos metade destes são para diagnóstico precoce, ou seja, rastreio do câncer de mama.

Foram entrevistadas 10 mulheres que se situavam na faixa etária de 50 a 69 anos, assintomáticas, no período de setembro a novembro de 2006. No Apêndice 2, apresentamos uma breve caracterização das entrevistadas. Ao nos referirmos a cada uma delas, utilizaremos os seguintes nomes fictícios: Ana, Bianca, Carolina, Daniela, Eliane, Flávia, Gabriela, Hilda, Ilma e Jaqueline.

Antes de iniciarmos as entrevistas, o nosso projeto de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. No sentido de cumprirmos a orientação desse comitê, solicitamos às entrevistadas a assinatura de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

A análise dos dados qualitativos será realizada a partir da técnica de Análise Conteúdo Temática para se desconstruir a fala e buscar

(Gomes, 1994).

Minayo (1999) nos apresenta as seguintes fases para esse tipo de análise: (a) pré-análise (organização do material a ser analisado e identificação de trechos das entrevistas mais significativos); (b) exploração do material (constituição de categorias iniciais e identificação de núcleos de sentido dos depoimentos) e (c) tratamento dos resultados e interpretação (categorização das representações presentes nas falas e confronto dessas representações com a literatura pertinente ao assunto).

Caminhamos na direção da descrição para a interpretação das idéias presentes nas falas. Para isso, realizaremos inferências dos fragmentos dos depoimentos e indo para além deles. Isso foi possível por meio de questões formuladas, tais como: O que está sendo dito? Como está sendo dito? Quem está dizendo? Quais representações estão presentes nas falas?

Capítulo 4

O Relato da Experiência

Estudos demonstram a grande influência que exercem os universos socioculturais sobre a utilização dos serviços de saúde (Uchoa, 1994). A formação dos valores culturais nessa situação é decorrente de diversas situações vividas, que foram assimiladas segundo a experiência de cada um e que influenciam individualmente no modo como cada pessoa vivencia a situação da busca pelo sistema de saúde.

Para Flávia e Bianca, a maior dificuldade na busca pela realização do exame deu-se em função da burocracia do sistema de saúde.

Podemos observar nas falas acima que as entrevistadas tentaram realizar o exame, mas encontraram dificuldades nos hospitais procurados.

Alguns relatos evidenciam despreparo médico e precariedade do sistema de saúde que não apresenta recursos para um diagnóstico rápido e eficiente.

O relato de Flávia está presente no dia a dia das instituições de saúde governamentais no Brasil. Este quadro é revelado pela insegurança da clientela

em relação ao tipo de atendimento oferecido, e pela profunda crise de realização humana e profissional dos trabalhadores no setor de saúde.

Alguns autores observam que este tipo de organização é composto por departamento isolados que ditam suas regras, objetivos e normas, favorecem o isolamento profissional e o desentrosamento entre as linhas de trabalho, resultando na fragmentação do cuidado.

Silva (2005), com base nos estudos de Lê Breton, explica que o desenvolvimento da ciência médica negligenciou o sujeito e sua história, limitando-se a considerá-lo apenas como um mecanismo corporal, isolando o corpo em sua anatomia e fisiologia, colocando o doente passivo frente ao tratamento recebido. Esta questão pode ser observada no trecho complementar de Flávia, quando relata que “não olham para a gente”.

Não são somente as nossas entrevistadas que se referem à precariedade do setor de saúde. Santana (1996) descreve que a impressão generalizada dos usuários sobre o desempenho dos serviços públicos de saúde brasileiros, é de que o sistema é deficiente, apresentando diversos problemas como: cobertura insuficiente, desigualdade no atendimento, baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais, baixa capacidade resolutiva, reduzido grau de satisfação por parte dos usuários e dos próprios trabalhadores e, como consequência, elevado custo benefício do seu sistema no seu conjunto.

Flávia também se refere que serviço médico privado, dizendo que “o médico tratava bem”, reforçando a idéia de um sistema de saúde desigual e fragmentado.

Alguns relatos mostram que as entrevistadas passaram etapas do atendimento médico recebendo informações controversas, ou até mesmo não recebendo as informações necessárias, decorrentes talvez de um certo despreparo ou insegurança dos médicos à disposição desse atendimento.

Todas as pacientes afirmam que, pelo menos em algum momento de sua trajetória, não foram informadas sobre o motivo da solicitação do exame. A maioria delas não sabe por que a mamografia foi solicitada.

Silva (2005) afirma que o distanciamento médico e o uso abusivo de solicitações de exames são decorrentes da crescente evolução tecnológica, a qual vem implicando transformações na prática médica bem como na forma de pensar das pessoas sobre a enfermidade. Assim, a prática médica que antes utilizava a interpretação subjetiva dos sinais físicos, agora está sendo substituída por exames.

No relato de Gabriela, a solicitação de vários tipos de exames aparece como rotineira. A mamografia fica diluída no protocolo de exames solicitados, perdendo seu valor e significado.

A comunicação é um dos principais instrumentos do cuidado em saúde. Para Helman (1994), há dois aspectos importantes a serem considerados na relação médico-paciente: um contexto interno, referente a experiências anteriores, expectativas e pressupostos culturais, modelos explicativos e preconceitos que cada uma das partes traz para o encontro clínico, e um contexto externo, que inclui o ambiente real no qual este encontro acontece e as influências sociais que agem sobre cada um.

Assim, o modo de compreensão da comunicação ocorre de diferentes formas para as pessoas, pois sofre influência de vários fatores, incluindo o uso da linguagem, a familiaridade com os termos médicos e as experiências individuais.

Os depoimentos que seguem ilustram como a relação médico-paciente e o diálogo, assim como os aspectos externos podem influenciar a visão que a mulher tem acerca do motivo da realização do exame.

Eliane procurou o atendimento médico por um problema ginecológico. A médica provavelmente solicitou a mamografia para diagnóstico precoce do câncer de mama, mas esse objetivo não ficou claro para a paciente. Isso pode ter acontecido por que a paciente tinha o foco direcionado para outro problema ou por falta de habilidade do médico. De qualquer forma, houve uma quebra da relação médico-paciente, uma vez que Eliane não sabe o motivo da realização do exame.

Já no relato de Ana, podemos observar uma falta de esclarecimento sobre a razão da mamografia. No entanto, ela encontra um motivo: “a reposição hormonal”. Na verdade, o trecho de Ana a seguir, nos traz a idéia de que Ana conclui um motivo, que não foi realmente dito pela médica.

Para Ilma a idéia da mamografia diagnosticar patologia mamária está muito clara. Então, apesar de não apresentar justificativa médica para o exame, ela “já sabe” que o objetivo é diagnosticar “algum nódulo”.

A maneira de informar caracteriza a relação futura entre o médico e o paciente, no entanto a população médica parece ainda não ter incorporado esta característica na atuação junto a seus pacientes. O tom distante, sem muitas explicações e sem muita atenção às necessidades de comunicação do paciente torna a consulta um processo puramente mecânico, o que pode gerar dúvidas e falsas afirmações acerca da mamografia para diagnóstico precoce do câncer de mama.

Podemos observar nos relatos de Flávia e Hilda, falta de conhecimento médico, uma vez que todas as pacientes entrevistadas deviam ser submetidas à mamografia de rastreamento, no máximo de dois em dois anos.

Godinho e Koch (2004), em trabalho sobre mamografia e aspectos relacionados aos médicos, concluem que as recomendações sobre rastreamento do câncer de mama pareceram pouco claras aos médicos.

Segundo Tucunduva et al (2004), os médicos demonstram interesse em prevenir os diferentes tipos de câncer, mas apresentam dificuldade em fazê-lo da maneira preconizada pelos consensos de prevenção, tanto pela divergência entre estes como pela sua falta de conhecimento em relação aos consensos existentes.

Helman (1994) considera que processo de diagnóstico é uma das fases do ritual de infortúnio para ambos, médico e paciente. Ritual é definido como uma forma de comportamento repetitivo, mecânico, relacionado a determinados costumes que não possuem consequências tecnológicas diretas e que são simbólicas. Nesse ritual, a pr2ncssas, méda elegeu-sedo comdoermiien a a43oabers,

Daniela utiliza o termo “um bagaço de cana” pois se compara a um bagaço de cana de açúcar, após processamento. A compressão relacionada a um procedimento incômodo também pode ser observada na fala de Gabriela. Já Eliane relata que o fato de ter um grande volume mamário interfere na dor após a mamografia.

A experiência é interpretada pelas mulheres a partir de sinais físicos, mas também é influenciada por aspectos culturais, entendidos como significados, transmitidos e incorporados (Geertz, 1989). Nesse sentido, a experiência da realização do exame é individualizada e sofre modificações de acordo com a vivência de cada entrevistada.

Minayo (1999) sugere que a presença de repetições pode ser indicador da denegação enquanto tentativa de convencimento de uma idéia. Bianca não refere experiência de dor. No entanto, como no imaginário social a realização

da mamografia está associada à compressão mamária e, por conseguinte à dor, a dupla negativa “eu não senti isso não” pode indicar esse sentimento.

Para Ana e Jaqueline o sentimento de medo sobre a possibilidade de apresentarem uma patologia mamária, transcende qualquer dor ou incômodo que possam advir da técnica do exame.

Segundo Freitas Júnior et al (2003), as camadas da população mais carentes de informação e conscientização sobre a importância de técnicas de detecção precoce do câncer de mama apresentam alta taxa de desconhecimento e não o praticam.

A informação sobre o exame é fundamental, uma vez que a paciente pode evitar períodos de maior incômodo para realização da mamografia. Hilda relata que depois da menstruação o exame incomoda menos.

A comunicação torna possível que o homem interaja com o mundo e seus semelhantes. Pode ser entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas. A comunicação na prática da assistência à saúde é assunto de grande relevância nessas últimas décadas,

principalmente no que tange a relação profissional de saúde e paciente (Silva, 2005).

Os principais aspectos da relação dos profissionais de saúde com o paciente estão ligados com a necessidade de competência, esperança, preocupação, comunicação, estímulo à coesão e à integração da família, dar ânimo, manter o senso de humor, a consistência e a perseverança.

Diante das diversas dificuldades, inclusive financeira, para a implementação do rastreamento para câncer de mama no Brasil, torna-se fundamental a conscientização dos profissionais de saúde. Este despertar para a importância da realização da mamografia, em pacientes assintomáticas, pode ser o passo inicial para a modificação do cenário brasileiro atual, onde a visão do câncer de mama é de uma doença que mata e mutila.

Capítulo 5

O Significado da Mamografia e de seu Resultado

5.1 – Influência da Representação do Câncer na Ansiedade e no Medo

Torna-se importante estudar a representação do câncer, pois como pontua Minayo (1999), as categorias saúde e doença trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico. Nesse sentido, ao buscar conhecer a representação social do câncer de mama, esperamos analisar sua influência na ansiedade e medo associados ao exame mamográfico, e assim poder também identificar fatores que dificultem a realização da mamografia.

Sontag (1984) nos fala do câncer como sendo uma doença que chega sem avisar e sem pedir permissão para “entrar”, exercendo o papel

(pg 9-10) a ponto de não despertar o terror no senso comum.

Avanços foram conseguidos após o estudo da autora citada. Entretanto, como observam Gomes et al (2002), junto ao avanço tecnológico que vem sendo incorporado ao tratamento do câncer, ainda persiste a idéia de que é algo que cresce e destrói, fazendo dele uma doença cruel para o imaginário social.

Uma das entrevistadas reforça essa idéia, quando se refere ao câncer:

O uso da expressão temporal “sempre” não impõe limite à sua verdade. Ela “sempre” lembra desse fato. Já o diminutivo “carocinho”, reiterado, mostra que, apesar de ser “apenas” um “carocinho”, pode ser devastador – “era câncer” – afirma. Além disso, acrescenta a palavra “qualquer”, afirmando – “fico preocupada” - , ou seja, “qualquer” carocinho é motivo para preocupação.

Persiste também a idéia de que o câncer é uma doença que mutila e pode trazer alterações ao corpo da mulher, como observamos na fala de Jaqueline:

No relato de Jaqueline, a ênfase dada ao “mas agora ela tá bem” nos aponta os medos vividos pela paciente quanto à possível destruição que a doença poderia causar.

Apesar de as mulheres em seu processo de socialização serem muitas vezes mais treinadas para suportar sofrimentos, de várias ordens, o diagnóstico do câncer de mama leva muitas delas ao desespero.

Podemos observar no relato de Ana, Gabriela e Ilma a correlação do exame de mamografia com o diagnóstico de câncer de mama.

No relato de Ana, o emprego de “olha”, no início de sua fala, parece buscar a cumplicidade do ouvinte, que é quem detém a informação, bem como no relato de Gabriela o emprego de “né” no final da frase tem a mesma função de aproximar o ouvinte detentor da informação.

Já os lapsos, encontrados na fala de Ilma, podem significar o distanciamento da idéia apresentada (Minayo, 1999).

A mamografia aparece como um exame capaz de diagnosticar o câncer. Portanto, a possibilidade da doença, mesmo nas mulheres assintomáticas, traz consigo uma carga de medos e incertezas. Os relatos de Bianca e Jaqueline nos mostram claramente esse sofrimento:

No relato de Jaqueline nota-se o emprego de “muito”, que intensifica a carga expressiva no extravasamento de seu sentimento de medo e incerteza de um provável resultado positivo. Também o uso de vocábulos como “nervosa” e “fio de cabelo” nos dão a idéia de seu estado emocional.

Esta última fala nos mostra, inclusive, a dificuldade de utilizar a palavra câncer. Ela diz “não tinha nada disso”, nos remetendo a uma cultura onde câncer permanece como uma doença de causa obscura e cujo tratamento ainda não é totalmente eficaz.

Por outro lado, o não mencionar da palavra “câncer” também pode revelar uma interdição da fala, uma vez que, ao se falar da doença, pode-se trazer o mal. Nesse sentido, em vez de se usar o seu nome, usa-se “aquilo” ou “aquela doença”.

Podemos observar que a vivência e a história, ou seja, a cultura de cada paciente influencia seu modo de relatar aquele momento vivido.

Neste contexto, Flávia se diferenciou das demais, pois, como podemos observar na fala a seguir, ela não acreditava na mamografia.

Percebemos nesse trecho, que Flávia tem certo conhecimento sobre a mamografia, e sua busca incessante pela explicação do erro do exame na sua família o demonstra: ela quer saber por que o exame não diagnostica câncer em alguns casos. A dupla negativa “não previu não” usada por Flávia mostra uma intensificação da expressão de queixa e lamento pela não prevenção de casos de câncer em sua família.

Não tendo conseguido uma explicação adequada para suas dúvidas, ela resolve, por conta própria, concluir que a mamografia é solicitada como “desencargo de consciência”.

Porém, as pausas utilizadas e o advérbio “assim” indicam que a idéia a ser verbalizada não é muito confortável para ela.

Por sua vez, através da fala de Bianca, notamos a ausência de conhecimento acerca do exame mamográfico.

Este fato nos leva a pensar na falta de informação, na saúde pública, no que tange à detecção precoce do câncer de mama. Apesar dos esforços de algumas entidades de saúde em promover campanhas informativas, verificamos que o sistema de saúde ainda não consegue atingir toda a população. Não podemos esquecer que, às vezes, um determinado tipo de campanha não esclarece um paciente com baixa escolaridade.

O câncer de mama, apesar de todos os esforços a ele dedicados, não é alvo, hoje, de uma estratégia de prevenção. Sendo assim, a grande chance de a mulher ficar curada é o diagnóstico precoce, preferencialmente na ausência de sintomas mamários.

Nos relatos das entrevistadas podemos observar que utilizam a palavra prevenção muito claramente:

No entanto, Gabriela em novo trecho refere mamografia como diagnóstico precoce de doença:

Nos relatos de Eliane e Gabriela, apesar de utilizarem o termo “prevenção” podemos inferir que na realidade não acreditam que a mulher que faz mamografia não vai ter a doença. Elas acreditam que vai evitar um “problema pior”, ou seja, pode diagnosticar “os nódulos”. A mamografia detecta problemas que não seriam detectados sem o exame.

Já Ilma e Hilda, verdadeiramente acreditam que a realização da mamografia evita o câncer de mama.

A mamografia, no imaginário social, está relacionada ao câncer de mama. Em todos os relatos encontramos associação da mamografia com patologia mamária. No entanto, somente Ana, Jaqueline e Daniela nos apontam o verdadeiro significado da mamografia para diagnóstico precoce:

Jaqueline quando nos relata que “se a pessoa tiver o câncer vai saber a tempo de fazer alguma coisa” parece utilizar uma frase feita na tentativa de justificar um sentimento. Podemos observar isso quando exclama “isso é o que eu acho mesmo!”. Apesar de Daniela relatar o objetivo da mamografia, podemos observar que existem dúvidas no seu relato, pois afirma utilizando uma interrogação.

Sabemos que o rastreamento pela mamografia é a única maneira de diagnóstico precoce do câncer de mama e, por conseguinte, a forma de reduzir a mortalidade. Nos preocupa o fato de as mulheres entrevistadas não estarem informadas sobre a verdadeira essência do rastreio mamográfico.

Agrava este fato o relato encontrado no momento da solicitação do exame:

Podemos observar nas falas de Carolina e Daniela que elas não sabem o motivo da solicitação do exame. Carolina quando diz “pra que que é?”

demonstra claramente o seu desconhecimento. Já Daniela, utilizando “né” exprime sua incerteza acerca do que está sendo solicitado.

Jaqueline relata o receio quando é solicitado o exame, enquanto que Gabriela não refere esse sentimento. Esta idéia está intensificada com o uso do “mesmo”.

Para entendermos o motivo da apreensão apresentada pelas entrevistadas na hora da solicitação do exame, devemos nos reportar à definição de saúde e doença de Helman (1994):

(pg 106-107).

Segundo Alves (1993), as crenças e valores médicos constituem respostas socialmente organizadas para as doenças. Assim, a interpretação dada pelas pessoas para uma experiência de enfermidade é resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos.

Voltando ao conceito de modelo explicativo de Kleinman (apud Helman, 1994), como

temos a idéia de que os modelos explicativos

são instrumentos teóricos que permitem explorar questões como aderência a tratamentos, escolha e avaliação de terapias. A experiência da enfermidade deve ser vista do ponto de vista social e deve ser analisada pelos conhecimentos, crenças e ações, pelos quais ela é definida pelos diversos grupos sociais.

Baseados nesses autores, podemos entender o relato das entrevistadas quando solicitada a mamografia:

Apesar de não apresentar sintomas de doença mamária, a simples possibilidade de diagnosticar o câncer de mama pode significar uma experiência de enfermidade.

Na fala de Jaqueline, apesar de afirmar que “nem pensa que vai dar alguma coisa”, ela se contradiz quando diz que “não ia saber o que fazer”. Na realidade ela pensa sobre esta possibilidade, mas não relata na sua fala. Os lapsos encontrados nesse trecho de Jaqueline também podem significar uma insistência não-dominável de uma idéia recusada (Minayo, 1999).

Segundo Alves (1993), a noção de significado é sempre alguém. O componente subjetivo da enfermidade se baseia em como o indivíduo percebe a experiência interior. A construção do significado desta experiência não ocorre isoladamente, mas a partir de processos interpretativos adquiridos na vida cotidiana. A produção de significados não provém de um instante pontual, mas de toda uma história. Uma história que, necessariamente, constitui-se por processos de interação e comunicação com os outros.

Como observa Schutz (apud Alves, 1993), o mundo da vida cotidiana funciona como um código de referência para os indivíduos. É importante lembrar que todo significado só é lógico para o indivíduo por que é socialmente legitimado pelos seus semelhantes.

Em síntese, as entrevistas mostraram claramente uma relação da mamografia com o diagnóstico do câncer. O estigma que a presença do câncer traz faz com que as pessoas exponham-se aos mais variados preconceitos, determinando comportamentos que as fazem evitar aquela situação.

No relato de Hilda, a mamografia se apresenta como um “mal”. Um exame que diminui a mortalidade por câncer é nesta fala considerado maléfico. Podemos inferir que o preconceito acerca da mamografia se faz uma vez que este exame tem, para Hilda, um significado associado à patologia.

Para as entrevistadas a experiência da enfermidade é vivenciada a partir da solicitação do exame, mesmo na ausência de sintomas. As mulheres enfrentam a possibilidade de um diagnóstico de câncer, este, no senso comum, associado à morte e mutilação.

Para compreender por que as mulheres assintomáticas não realizam o exame de mamografia para diagnóstico precoce do câncer de mama, podemos utilizar os esquemas citados anteriormente e, assim, supor que essas mulheres também associam a mamografia ao possível diagnóstico do câncer.

Além disso, a falta de informação, pode favorecer o processo de negação do exame. A população desinformada não vislumbra a verdadeira importância da mamografia para diagnóstico precoce do câncer de mama.

Para modificar o cenário atual, o olhar da prática médica tem que ser ampliado. Essa ampliação se concretiza à medida que a relação médico-paciente caminhe para além da anatomopatologia. Nesse caminhar, a dimensão sociocultural pode assumir um papel fundamental para a compreensão do motivo pelo qual as mulheres apresentam dificuldade para se submeterem à mamografia para diagnóstico precoce do câncer de mama.

5.2 – Presente de Deus: o Significado do Resultado

Ao analisar as falas das entrevistadas podemos perceber a importância da religiosidade durante toda a realização do exame de mamografia.

Em consonância, Pargament et al (2000), quando interrogadas sobre como lidam ou enfrentam as situações mais estressantes, muitas pessoas fazem menção à religião, em particular, os idosos, minorias étnicas e aquelas em crise de ameaça à vida, ressaltando que essa estratégia é mais citada do que qualquer outra modalidade de enfrentamento. Outra variável mencionada como fator que influencia o uso da religiosidade para lidar com problemas é o tipo de religião e suas crenças específicas.

Definições de termos relacionados à religiosidade são complexas e numerosas, o que dificulta a realização de pesquisas sobre o tema. Alguns autores definem religiosidade como atributos relativos a uma religião específica, diferenciando-a de espiritualidade. Lukoff (1992), por exemplo, distingue religiosidade de espiritualidade, definindo a primeira como adesão a crenças e a práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada, e a segunda como a relação estabelecida por uma pessoa com um ser ou uma força superior na qual ela acredita. De acordo com Faria e Seidl (2005), a conceituação de religiosidade inclui aspectos individuais e institucionais, enquanto espiritualidade é um fenômeno apenas individual, identificado com aspectos como transcendência pessoal, sensibilidade e fonte de sentidos para eventos na vida.

Worthington, Kurusu e McCullough (1996) definem uma pessoa religiosa como aquela que possui crenças religiosas e que valoriza, em alguma medida,

a religião como instituição. Já uma pessoa espiritualizada é aquela que acredita, valoriza ou tem devoção a algum poder considerado superior, mas não necessariamente possui crenças religiosas ou é devoto de alguma religião institucionalizada.

Good (1994) afirma que

O período transcorrido até a definição do diagnóstico foi considerado uma jornada difícil. O significado da esperança ameaçado por uma possível ruptura da normalidade entre o estar saudável e o ter câncer encontra sentido diferente, baseado nos limites das crenças, valores e comportamentos, enfim, no conhecimento adquirido pelas experiências de vida de cada um. Portanto, o significado da espera do resultado dependerá da experiência pessoal anterior e do significado que cada pessoa confere a esta experiência.

Com relação à espera do resultado, encontramos discordância nos relatos. A fala de algumas revelou que logo após o exame ficam satisfeitas e tranqüilas, como podemos encontrar na fala de Carolina:

No entanto, a maior parte das falas mostra que somente após o resultado definitivo, elas ficam tranqüilas:

Percebemos claramente, nesta última fala, que pode existir uma dificuldade de realizar o exame pelo medo do resultado. Ao dizer “agora não tem mais jeito” aponta que, em um dado momento ela pode ter hesitado na decisão de fazer o exame.

Muitos estudos abordam diferentes estratégias pelas quais as religiões reinterpretam a experiência da doença e modificam a maneira pela qual o doente define o problema. Segundo Faria e Seidl (2005), as terapias religiosas curam ao impor ordem sobre a experiência caótica do doente e da família.

Geertz (1989) esclarece que

(pg 104-105).

Podemos concordar com o autor, quando observamos a facilidade com que as mulheres exclamam a participação de Deus no resultado do exame mamográfico.

Nessas falas, encontramos referência à religiosidade nas palavras “Deus”, “Jesus” e “Nossa Senhora”. Independente do termo utilizado a referência sempre está associada a um bom resultado.

A visão de mundo introjetada da cultura também pode ter efeito sobre a doença, ao inserir o sofrimento individual no contexto mais amplo dos infortúnios em geral. Esta é uma das características das visões religiosas, principalmente aquelas que sustentam uma reação fatalista dos infortúnios, vendo estes como uma expressão da (Helman, 1994).

Na fala de Gabriela “Deus sempre dá um jeitinho”. Mesmo admitindo que “fica difícil” quando “tem um

Avaliando a literatura sobre significados e objetivos da religiosidade, Pargament e Park (1995), de forma inovadora em relação a posições de grandes teóricos como Freud e Marx, opõem-se à pressuposição de que a religião teria a função apenas de proteger o indivíduo da confrontação com a realidade (por esquiva ou distorção de fatos reais). De acordo com os autores, há suporte empírico para funções diversas da religião, tais como alívio, conforto e consolo, busca de significado para problemas relevantes da existência (Ex.: injustiça), busca de intimidade (pela participação em rituais que favorecem a interação entre pessoas), busca da compreensão de si mesmo e busca pelo sagrado. Pargament e Park (1995) defendem ainda que a religião pode servir a diferentes propósitos de modo concomitante, pois as funções citadas anteriormente não são excludentes. Nessa perspectiva, a religiosidade passa a ser concebida como parte do processo de solução de problemas e não como estratégia defensiva ou de esquiva.

É importante ressaltar que, ainda segundo Pargament (1997), o uso da religiosidade só faz sentido se essas crenças fizerem parte do sistema de valores geral da pessoa. Dessa forma, não se trata aqui de uma defesa do uso da religiosidade no enfrentamento como instrumento, mas sim de sua valorização e incentivo quando o paciente possui crenças religiosas e, em virtude disso, já o faz em sua vida. Ademais, em estudo sobre aids, psicologia e religião, Paiva (1998) ressalta que o envolvimento da religiosidade no enfrentamento não pode ser direcionado unicamente à cura da doença, mas ao bem-estar mais amplo da pessoa, incluindo outros aspectos da vida.

Mesmo quando não encontramos religiosidade no relato das pacientes podemos observar um sentimento de esperança de um resultado positivo:

Neste relato de Flávia, podemos observar que apesar de a irmã ter falecido há pouco tempo de câncer de mama, ela não perdeu a esperança de sempre realizar um exame com resultado satisfatório.

Mesmo concordantes sobre o bom resultado, podemos encontrar na fala de Jaqueline o medo da realização do exame:

Aqui, Jaqueline reconhece a importância do exame, mas admite que “todo mundo quer fugir dele”. A utilização do termo “todo mundo” reflete o que Jaqueline quer, mas não consegue dizer. Além disso, a utilização do termo “verdade mesmo” reforça essa impressão de Jaqueline do senso comum que “ninguém quer fazer”, como podemos observar em outro fragmento complementar de sua fala:

Ilma demonstra claramente a apreensão acerca do resultado do exame mamográfico:

Ilma, em outro fragmento diverge do que foi dito anteriormente:

Os fragmentos destacados acima demonstram que Ilma acredita que não vai apresentar um resultado de câncer por que não sente nada. No entanto, mesmo acreditando no resultado satisfatório, declara que fica “um pouco nervosa”.

Por fim, deve-se levar em consideração que o que a mulher espera do resultado é influenciado pela cultura, já que ela pode modelar, p. ex., as avaliações da situação, o sistema de orientação das pessoas no mundo e as estratégias que podem ser ensinadas e privilegiadas em um contexto sociocultural, em detrimento de outras.

No relato de Flávia, podemos observar que o fato do exame mamográfico não ter diagnosticado câncer na sua irmã, muda significativamente sua visão desse exame e, por conseguinte o resultado:

Percebemos que Flávia possui uma visão dicotômica do exame mamográfico. Ao dizer “posso estar errada” duas vezes ela demonstra que não acredita totalmente na ineficácia do exame. Além disso, a grande quantidade de pausas em seu relato chama atenção para dúvida na sua narrativa.

Mesmo afirmando não acreditar na mamografia para diagnóstico precoce do câncer de mama, Flávia relata que pede ao médico para realizar o exame, mesmo na ausência de sintomas, somente para rastreio do câncer de mama.

Os medos se atenuam paralelamente ao grau de informação que se tem sobre o exame. Em relação a isso, Hilda se diferenciava. Ela possui escolaridade superior as demais e comparativamente já havia realizado mais exames. Assim, encarava o exame de maneira diferenciada.

Logo a seguir declara:

Neste trecho, podemos observar que mesmo encarando o exame mais naturalmente, Hilda observa que faz o exame porque “tem que fazer” e como as demais, declara que espera um resultado “normal como sempre”.

“

Quando Hilda muda de tom no relato “como sempre com certeza” na verdade demonstra a insegurança que ela tem com relação ao resultado. Apesar de não ter sido dito, essa fala pode nos dar uma idéia do seu sentimento em relação ao exame mamográfico.

Levando em consideração que a mamografia para diagnóstico precoce do câncer de mama representa a possibilidade de doença em mulheres assintomáticas, os relatos mostram que o câncer de mama como uma doença fatal continua aterrorizando as mulheres em todos os níveis, fazendo com que a possibilidade dessa doença contribua para o estresse durante a realização do exame mamográfico.

Inferindo sobre as falas das nossas entrevistadas sobre o possível resultado do exame, podemos observar que todas esperam um diagnóstico satisfatório, como diz Eliane, “que não dê nada”.

Assim, um grande otimismo é encontrado nas falas das mulheres que realizaram mamografia para diagnóstico precoce, seja ele referido diretamente à religiosidade ou não.

A espiritualidade pode ser descrita como uma maneira de experimentar o mundo e de interagir com este. Pode ser compreendida como um sentido de

vida, não se limitando a qualquer tipo específico de crença ou prática religiosa (Solomon, 2003).

Estudos sobre a religiosidade têm implicações para a prática de todos os profissionais da saúde. Nesse sentido, o entendimento dos aspectos relacionados à religiosidade possibilita o acolhimento e, quando necessário, o

Capítulo 6

Considerações Finais

Tivemos como objetivos de nosso estudo analisar o significado da mamografia para pacientes assintomáticas, que se submeteram ao exame mamográfico para detecção precoce do câncer de mama, identificar os fatores no imaginário feminino que dificultam a realização da mamografia como diagnóstico precoce do câncer de mama e discutir o relato das vivências das mulheres ao realizar o exame mamográfico para detecção precoce do câncer de mama.

Vimos, pelas entrevistas realizadas, que, se por um lado as pacientes que realizam a mamografia chegam sem informações sobre o exame, por outro lado, as representações sociais do câncer fazem parte do imaginário feminino que considera o câncer uma doença que mata e a mamografia, além de um exame doloroso, como uma possibilidade de diagnóstico dessa doença.

Na perspectiva da mulher, dentro de uma dimensão inserida na cultura da sociedade em que vive, os valores dessa sociedade tomam proporções enormes que atingem sua subjetividade de forma intensa. O câncer é visto como algo que mata, mutila e a mamografia torna a doença uma possibilidade próxima do real, uma vez que essas pacientes não apresentam sintomas mamários.

O fator 'religiosidade' pareceu-nos desempenhar um papel preponderante, tanto no que se refere ao fato de não apresentar sintomas mamários, como o fato de aguardar o resultado. Alguns textos antropológicos sugeriram a justaposição de 'religiosidade' e 'conhecimento', e vimos que o pouco conhecimento sobre a mamografia não teve a força da 'religiosidade', pois as pacientes acharam que Deus será responsável por um resultado

satisfatório. Podemos observar que todas as pacientes entrevistadas esperam um resultado negativo para câncer.

Outra idéia associada à mamografia

conhecimento dos profissionais de saúde para modificar esse cenário. No entanto, estudos posteriores são necessários para uma discussão mais ampla.

Concluimos, também, que o conhecimento das questões subjetivas e socioculturais relacionadas às mulheres são importantes para entendê-las e, assim, melhorar o trabalho clínico de atendimento.

Também existe a necessidade de políticas de saúde que visem a informar a população sobre os perigos, diagnóstico e tratamento de doenças que acometem as mulheres, como o câncer de mama.

Os Órgãos de Saúde Pública, interessados na promoção da saúde, devem incentivar e criar equipes multidisciplinares com o objetivo de articular políticas de diagnóstico precoce e, com isso, evitar tantas mortes desnecessárias. Somente equipes bem preparadas e pacientes bem informadas podem representar barreiras vencidas na luta contra o câncer de mama.

Os profissionais de saúde precisam se conscientizar da importância da realização da mamografia, em pacientes assintomáticas, para diagnóstico precoce do câncer de mama, e assim mudar a visão do câncer de mama como uma doença que mata e mutila.

Saber qual é o significado da mamografia para as mulheres não deve ser limitado ao exame mamográfico em si. Deve se transformar em uma filosofia de atendimento para que todos os profissionais sejam capazes de melhorar a saúde da mulher, física, emocional e socialmente.

Referências Bibliográficas

Alvarado OIS. O significado da mama para um grupo de mulheres chilenas com câncer de mama [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cadernos de Saúde Pública 1993; 9 (3): 263-71.

Botelho JB. Medicina e religião: conflito de competências. Manaus: Metro Cúbico; 1991.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do câncer de mama: Documento de consenso; 2004. <http://www.inca.gov.br> (acessado em 06/Jan/2007).

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil; 2006a. <http://www.inca.gov.br> (acessado em 06/Jan/ 2007).

Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Situação do câncer no Brasil; 2006b. <http://www.inca.gov.br> (acessado em 06/Jan/2007).

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. DATASUS: Sistema de Informação de Mortalidade; 2006c. <http://www.inca.gov.br> (acessado em 06/Jan/2007).

Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernanders Figueira. História; 2006d. www.iff.fiocruz.br (acessado em 06/Jan/2007).

Dias EN. A mastologia através da história In: Dias EN, Caleffi M, Silva H MS, Figueira Filho ASS, organizadores. Mastologia Atual. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1994, p. 3-6.

Duby G. Mujeres del Siglo XII. Santiago, Chile: Editorial Andres Bello; 1996.

Ellery AEL. Aspectos psicossociais do auto exame: implicações num outro olhar da prevenção do câncer de mama [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará; 2004.

Ellison CG. Religion, the life stress paradigm, and the study of depression. In: Levin, JS, editors. Religion in aging and health. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994, p. 78-121.

Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. Psicol Reflex Crit 2005; 18 (3): 381-89.

Fernandes FC. O cotidiano da mulher com câncer de mama. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1997.

- Ferreira J. O Corpo Sínico. In: Alves PC, Minayo MC, organizadores. Um olhar Antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994, p. 101-12.
- Freitas Júnior R, Fiori WF, Ramos FJF et al. Discomfort and pain during mammography. Rev. Assoc. Med. Bras. 2006; 52 (5): p.333-36.
- Freitas Júnior R et al. Conhecimento sobre o diagnóstico e rastreamento do câncer de mama entre os ginecologistas do estado de Goiás (Brasil). Rev. Assoc. Med. Bras. 2003; 49 (3): p.312-16.
- Freitas AG et al. Mamografia digital: perspectiva atual e aplicações futuras. Radiol Bras 2006, 39 (4): 287-96.
- Garcia ML. Senologia: das imagens aos poemas. Edição do III Congresso Nacional de Senologia Bicesse, 1997.
- Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
- Godinho ER, Koch HA. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. Radiol Bras 2004, 37 (2): p.91-9.
- Gomes R. A Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 1994, p. 67-80.
- Gomes R.; Skaba MMVF; Vieira RJS. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. Cadernos Saúde Pública 2002, 18 (1): 197-204.
- Good B.J. Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University; 1994.
- Harris JR, Lippman ME, Morrow, M, organizadores. Diseases of the breast. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Helman CG. Cultura, Saúde e Doença Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
- Hita M. G. Identidade feminina e nervoso: Crises e trajetórias. In: Alves PC, Rabello M C, organizadores. Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz: Relume Dumará; 1998, p.179-213.
- Humphrey LL, Helfand M et al. Breast cancer screening: an summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine 2002; 137 (5 Part 1): p. 347-360.
- Leal S. Por uma vida inteira: lições para entender, prevenir e vencer o câncer de mama. Rio de Janeiro: Record; 2000.

Lukoff D. Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psychoreligious and psychospiritual problems). *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1992, 180: p. 673-82.

Mamede MV. Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto, São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1991.

Maruyana SA. A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto, São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

Miller AB et al. The Canadian National Breast Screening Study-1: breast cancer mortality after 11 to 16 years of follow-up: a randomized screenig trial of mammography in women age 40 to 49 years. *Annals of Internal Medicine* 2002; 137 (5 Part. 1): p. 305-12.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo : HUCITEC, ABRASCO; 1999.

Natansohn LG. O corpo feminino como objeto médico e "mediático". *Rev. Estud. Fem.* 2005; 13 (2): p. 287-304.

Nystrom L et al. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *The Lancet* 2002; 359 (9310): p. 909-919.

Paiva GJ. AIDS, psicologia e religião: O estado da questão na literatura psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 1998; 14: p. 27-34.

Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 2000; 56: p. 519-43.

Pargament KI, Park CL. Merely a defense?: The variety of religious means and ends. *Journal of Social Issues* 1995; 51: p. 13-32.

Pargament KI. *The psychology of religion and coping: theory, research, practice.* New York, USA: The Guilford; 1997.

Rasia JM. O Doutor e seus doentes: solidão e sofrimento. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção* 2002; 1 (3): p. 378-405.

Santana, JP. Desenvolvimento gerencial no SUS: demandas e perspectivas. *Revista Espaço para Saúde* 1996; 5 (5): p. 13.

Siegel EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2001; 17: p. 225-34.

Silva VCE. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto, São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

Solomom RC. Espiritualidade para céticos. Rio de Janeiro: Editora Civilizações Brasileira; 2003.

Sontag SA. A Doença como metáfora Rio de Janeiro: Editora Graal; 1984.

Tavares JSC, Bomfim LA. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. Caderno Saúde Pública 2005, 21 (2): p. 426-35

Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001

Tucunduva LTCM, Sá VHLC, Koshimura ET et al. Evaluation of non-oncologist physician's knowledge and attitude towards cancer screening and preventive actions. Rev. Assoc. Med. Bras. 2004; 50 (3): p. 257-62.

Uchoa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cadernos de Saúde Pública 1994; 10 (4): p. 497- 504.

Vainio H, Bianchini F, Kaaks R. Weight control and physical activity in cancer prevention :international evaluation of the evidence. European Journal of Cancer Preservation 2002; 11 (2 Suppl): p. 94-100

Valanis BG, Rumpler CH. Helping women to choose breast cancer treatment alternatives. Cancer Nurs 1985; 8 (3): p. 167-75.

Vieira CP, Queiroz MS. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. Psicol. Soc 2006; 18 (1): p. 63-70.

Vieira RJS, Esteves VF. Prevenção do câncer de mama: mito ou realidade?. Prática Hospitalar 2005; 40: p. 77-82.

Vieira RJS. Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira; 2004.

Worthington Jr EL, Kurusu TA, McCullough ME. Empirical research on psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. Psychological Bulletin 1996; 119: p. 448-87.

Anexo

Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Apêndice 1

Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APRESENTAÇÃO

PROJETO DE PESQUISA: VOZES DE MULHERES SUBMETIDAS À
MAMOGRAFIA PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: VIVIANE FERREIRA ESTEVES
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA

6. Será mantido o anonimato do entrevistado assim como o das pessoas que por ventura ele mencione.
7. A Sra. poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários, antes, durante e depois da realização da pesquisa.
8. A Sra. terá total liberdade para recusar a participação na pesquisa e poderá se desligar quando o desejar, assim como poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias.
9. O material coletado ficará sob a guarda do pesquisador e será usado apenas para fins dessa pesquisa.
10. Os resultados serão divulgados com vistas à defesa da dissertação acima referida, como também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.
11. Se a senhora concordar em participar e desejar ter outras informações poderá contatar os responsáveis técnicos pela pesquisa no Instituto Fernandes Figueira: Dr. Roberto Vieira, Dra. Viviane Esteves – telefone 2554-1700 (Serviço de Mastologia do Instituto Fernandes Figueira).

Eu, _____, abaixo assinada, concordo em participar voluntariamente deste estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes ao mesmo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

_____ Nome do responsável	Assinatura	_____ Data da Assinatura
_____ Nome do pesquisador	Assinatura	_____ Data da Assinatura

Apêndice 2

Breve Caracterização das Entrevistadas

Caracterização das Entrevistadas

Ana:

Idade – 69 anos
Estado Civil – Solteira
Nacionalidade – Brasileira
Cor – Parda
Escolaridade – 4ª série do ensino fundamental
Rendimento familiar mensal – 1 salário mínimo
Profissão ou ocupação – do lar
Município em que reside – São Gonçalo

Bianca:

Idade – 51 anos
Estado Civil – Casada
Nacionalidade – Brasileira
Cor – Negra
Escolaridade – 2º grau completo
Rendimento familiar mensal – 4 salários mínimos
Profissão ou ocupação – costureira
Município em que reside – Rio de Janeiro

Carolina:

Idade – 57 anos
Estado Civil – Casada
Nacionalidade – Brasileira
Cor – Negra
Escolaridade – 1º grau completo
Rendimento familiar mensal – 3 salários mínimos
Profissão ou ocupação – do lar
Município em que reside – Rio de Janeiro

Daniela:

Idade – 52 anos

Estado Civil – Casada

Nacionalidade – Brasileira

Cor – Branca

Escolaridade – 2º grau completo

Rendimento familiar mensal – 2 salários mínimos

Profissão ou ocupação – merendeira

Município em que reside – Rio de Janeiro

Eliane:

Idade – 62 anos

Estado Civil – Casada

Nacionalidade – Brasileira

Cor – Parda

Escolaridade – 1º grau incompleto

Rendimento familiar mensal – 2 salários mínimos

Profissão ou ocupação – doméstica

Município em que reside – Rio de Janeiro

Flávia:

Idade – 50 anos

Estado Civil – Casada

Nacionalidade – Brasileira

Cor – Parda

Escolaridade – 1º grau completo

Rendimento familiar mensal – 4 salários mínimos

Profissão ou ocupação – do lar

Município em que reside – São João de Meriti

Gabriela:

Idade – 58 anos

Estado Civil – Casada

Nacionalidade – Brasileira

Cor – Negra

Escolaridade – 4ª série do 1º grau

Rendimento familiar mensal – 6 salários mínimos

Profissão ou ocupação – do lar

Município em que reside – Rio de Janeiro

Hilda:

Idade – 51 anos

Estado Civil – Casada

Nacionalidade – Brasileira

Cor – Branca

Escolaridade – Superior completo

Rendimento familiar mensal – 15 salários mínimos

Profissão ou ocupação – contadora e administradora

Município em que reside – Rio de Janeiro

Ilma:

Idade – 50 anos

Estado Civil – Solteira

Nacionalidade – Brasileira

Cor – Parda

Escolaridade – 2º grau completo

Rendimento familiar mensal – 2 salários mínimos

Profissão ou ocupação – maquiadora e costureira

Município em que reside – Rio de Janeiro

Jaqueline:

Idade – 57 anos

Estado Civil – Viúva

Nacionalidade – Brasileira

Cor – Branca

Escolaridade – 1º grau completo

Rendimento familiar mensal – 5 salários mínimos

Profissão ou ocupação – do lar

Município em que reside – Rio de Janeiro

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)