



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

CLEIDIANE MARIA SALES DE BRITO

**OS SABERES E AS PRÁTICAS DE MULHERES IDOSAS
NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA**

TERESINA-PI, 2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

CLEIDIANE MARIA SALES DE BRITO

**OS SABERES E AS PRÁTICAS DE MULHERES IDOSAS
NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

LINHA DE PESQUISA: O Processo do Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora

Prof^a. Dr^a. Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho

Co-orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo

TERESINA-PI, 2009

Dedico esta Dissertação a Deus,
pela presença constante em todos
os momentos de minha vida e pela
capacidade de superação que Ele
me ofereceu.

AGRADECIMENTOS

Nem sempre temos a oportunidade de agradecer formalmente às pessoas que nos ajudam a realizar objetivos importantes em nossas vidas. Esta pesquisa é fruto de minha persistência e do estímulo de muitas pessoas que colaboraram para que fosse concretizado, por isso dirijo meus agradecimentos:

A Jesus Cristo, pelo exemplo de força e simplicidade, características que o fizeram o maior de todos os homens da terra.

À minha amada mãe, Maria Creusa de Brito, mulher simples e exemplar, definida como idosa pelo tempo cronológico, mas que apresenta um espírito de juventude invejável por todos que a conhecem. Fonte inspiradora de força e garra, maior presença viva de um determinismo tão natural que chega a ser incompreensível. Digna de uma evolução espiritual invejável a ser seguida e exemplo maior de minha vida.

Ao meu pai, David Clarindo de Brito, e irmãos, Salizene, Eusomar, Goreti, Salomão, Solange, Cristiane e Israel, pelas presenças constantes em minha vida, pela doação de um amor incondicional à minha pessoa.

Aos meus sobrinhos, Tiago, Tainã, Denizar, Tallita, Brenda, David, Lucas, Clarisse, João Pedro, Maria Creusa e Samuel, pelas alegrias e felicidades que proporcionam à toda família. E aos meus cunhados Helvécio e Cláudia.

Ao Ferreirinha, Nazaré, Naira e Hilton, pessoas importantes para mim e que considero como uma segunda família, cujos princípios servem de exemplo para todos, com a qual tive a oportunidade de conviver diariamente desde o período da minha graduação até a presente data. A vocês, o meu muito obrigada.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho, pelo apoio, incentivo e importante dedicação dispensada à minha orientação, muitas vezes subjugando suas necessidades pessoais.

À minha co-orientadora Prof^a Dr^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo, pela compreensão, companheirismo, amizade e ajuda dispensada na elaboração deste estudo.

À Prof^a Dr^a Inêz Sampaio Nery, pelo incentivo, força, amizade, disponibilidade, presteza e elevação da auto-estima, dispensados desde o tempo da graduação.

À Prof^a Dr^a Célia Pereira Caldas, pelas sugestões oportunas e preciosas, essenciais para concretização desse estudo.

À Coordenação do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, primeiramente na pessoa da Prof^a Dr^a Claudete de Sousa Monteiro, e atualmente na pessoa da Prof^a Dr^a Telma Maria Evangelista, pela dedicação durante o desenvolvimento do curso.

Às professoras do Mestrado e Departamento de Enfermagem da UFPI, exemplos de mulheres e profissionais, fortes, atuantes, inteligentes e admiráveis, que me servem de admiração e guias profissionais.

À Prof^a Dr^a Silvana Santiago Rocha, pela simplicidade, tolerância, dedicação e amizade.

Ao Prof^a Raimunda Gomes, pela revisão ortográfica e contribuição crítico-reflexiva neste estudo.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFPI, Valdira, Antônio, Francisco, Mônica, Flávia, Elisabete e Reginaldo, por se apresentarem sempre dispostos a colaborar.

Às minhas companheiras de mestrado, pelas oportunidades de crescimento e convivência cotidiana, especialmente à Patrícia e Joseneide, com quem estabeleci laços afetivos de amizade.

Às minhas amigas do PSF São Vicente de Paula, Eliane, Neuma, Isabel, Cléa, Socorinha, Chaguinha, Simone, Célia, Hosana, Conceição e Selma, que foram fundamentais para concretização desse sonho.

Aos amigos enfermeiros da Unidade de terapia intensiva (UTI) do Hospital Estadual Governador Dirceu Arcoverde (HEDA), pelos momentos de ajuda, compreensão e disposição sempre que solicitados, exemplos de competência.

Aos amigos, Cleliane, Tânia, Herlon, Janaína, Sali, Clayre, Azevedo, Sávia, Naira, David, Inez, Silvana, Juliana, Livramento, Cecília, Dudy, Racilda, Manuela, Oscar, Pedro e Ricardo por ter com quem sempre contar em todos os momentos de minha vida.

À Universidade Estadual do Piauí – UESPI, pelo apoio e incentivo fundamentais para realização deste estudo.

Às mulheres idosas sujeitos deste estudo, pela atenção, carinho, dedicação e contribuição de seus saberes e práticas, essenciais para consolidação deste estudo.

Eu não posso deixar de agradecer a todos que contribuíram de alguma forma para a construção deste estudo. Se por acaso aqui deixei de nomear alguém, sinta-se incluído e muitíssimo obrigada. Sem a ajuda profissional e afetiva de todos vocês essa realização não seria possível.

MUITO OBRIGADA!

GENEROSA IDADE

*Alcança-se quando
se conjuga mais o verbo dar, do que o receber
o infinitivo amar, do que ser amado
quando a lágrima que o olho vê verter
é mais pelo outro*

*tudo o que queremos ter
é gente para rir
gente pra trocar
pra caminhar, lado a lado
senão no mesmo passo
pelo menos por perto
ora se adiantando
ora se atrasando
(o possível
dependendo das vitrines da vida)*

*é quando soltamos pombas da paz
para todos os céus, chova ou faça sol
e espalhamos espantalhos contra a inveja
sem medo
em campos alheios*

*apressa a tua ampulheta, se puderes
quanto mais cedo lá chegares
vais descobrir
o rufar dos tambores*

(Ana Guimarães)

RESUMO

BRITO, Cleidiane Maria Sales de. **Os saberes e as práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer de mama.** Teresina, 2009. 95 f. Dissertação (Curso de Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina - Pi, 2009.

Esta pesquisa, que partiu de reflexões sobre a alta incidência do câncer de mama na mulher idosa, frente ao fenômeno da feminização da velhice e das demandas assistenciais determinadas por esse segmento populacional, elegeu como objeto de estudo: saberes e práticas das mulheres idosas na prevenção do câncer de mama. Teve como objetivos: descrever os saberes e as práticas de um grupo de mulheres idosas relacionados à prevenção do câncer de mama e analisar a articulação dos saberes e das práticas da mulher idosa sobre a prevenção do câncer de mama e a sua adesão a essas medidas preventivas. Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, que contou com a participação de 25 mulheres do Grupo Renascer, com idade igual ou superior a 60 anos, cujo cenário de investigação foi a Unidade de Saúde São Vicente de Paula, em Parnaíba-PI, estabelecimento no qual a pesquisadora atua profissionalmente desde 2001. A coleta de dados foi realizada através da entrevista individual e semi-estruturada. Também foi utilizada a observação participante, com anotações no diário de campo. Os dados coletados foram analisados mediante a Análise de Conteúdo de Bardin (1977), que permitiu a elaboração de duas categorias temáticas originadas dos relatos dos sujeitos: saberes das idosas relacionados à prevenção do câncer de mama; práticas das idosas relacionadas à prevenção do câncer de mama. Os resultados demonstram que os saberes e práticas dos sujeitos da pesquisa encontram-se permeados por vivências e experiências repassadas, adquiridas e incorporadas ao longo dos tempos de geração a geração, que ultrapassam os obstáculos limitadores dos significados e revelam a possibilidade de ampliar os cuidados preventivos.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama; Prevenção do câncer de mama; Enfermagem.

ABSTRACT

BRITO, Cleidiane Maria Sales de. **The knowledge and practices of elderly women in the prevention of the breast cancer.** Teresina, 2009. 95 f. Dissertation (Course of Master of Nursing) – Federal University of Piauí - UFPI, Teresina - Pi, 2009.

This research which came from the reflection about the high rate of breast cancer among elderly women, compared to the phenomenon of the feminization of aging and of the caring demands considered by this population field elected knowledge and practices of elderly women for preventing against the breast cancer, as an object of studying. The objectives were :describing the knowledge and practices of a group of elderly women related to the prevention of the breast cancer and analyzing the articulation of knowledge and practices of the elderly women concerned to the preention of the breast cancer and their acceptance to these preventing measures. It is a descriptive-explorative study with qualitative interests in which, twenty-five women from the Grupo Renascer , at sixty years old or over it who were investigated at Unidade de Saude Sao Vicente de Paula ,in Parnaiba-PI, which is an institution where the researcher has worked since 2001. The collecting data was made through an individual and semi-structured. The active observing with notes in daily journeys was also used. The collecting data was analyzed by the Analise de Conteudos de Bardin(Bardin`s content analyses – 1977) that permitted the elaboration of two thematic categories originated from the people`s speeches : the elderly women`s knowledge about the prevention of breast cancer , the elderly women`s practices related to the breast cancer. The results show that these people`s learning and practices are influenced by living and passes experiences ,gotten and added to their lives along the generations ,which overcome the limiting obstacles of the meanings and reveal the possibility of increasing the preventing care.

KEYWORDS: Breast cancer; Breast cancer prevention; Nursing.

RESUMEN

BRITO, Cleidiane Maria Sales de. Los conocimientos y las prácticas de mujeres ancianas en la prevención del cancer de mama. Teresina, 2009. 95f. Disertación (Master en Enfermería) - Universidad Federal de Piauí – UFPI, Teresina-PI, 2009.

Esta investigación partió de reflexiones sobre La incidencia alta de cancer de mama em La mujer anciana, frente al fenómeno de La feminización de La vejez y de las demandas asistenciales determinadas por ese segmento poblacional, se eligió como objeto de estudio: conocimientos y prácticas de las mujeres ancianas sobre La prevención del cancer de mama. Tuvo como objetivos: describir los conocimientos y las prácticas de un grupo de mujeres de La tercera edad con respecto a La prevención del cancer de mama y analizar La articulación de estos conocimientos y prácticas sobre La prevención del cancer de mama y su adhesión a estas medidas preventivas. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio con un abordaje cualitativo, que conto com La participación de veinticinco mujeres del grupo renacer, com edad igual o superior a 60 años, cuyo escenario de investigación fue La Unidad de Salud São Vicente de Paula, em Parnaíba-PI, establecimiento en el cual La investigadora actua profesionalmente desde 2001. La recolección de datos fuerealizada através de una entrevista individual y semiestructurada. Tambien fue utilizada la observación participante con anotaciones en el diario de campo. Los datos recolectados fueron analizados mediante el analisis de contenido de Bardin (1977), que permitió la elaboración de dos categorias tematicas originadas de los relatos de las entrevistadas: conocimientos de las ancianas con respecto a la prevención del cancer de mama; prácticas de las ancianas relacionadas a la prevención del cancer de mama. Los resultados demuestran que los conocimientos y prácticas de los sujetos de la investigación se encuentran llenos de vivencias y experiencias repasadas, adquiridas e incorporadas con el pasar de los años de generación em generación, que ultrapasan los obstáculos limitadores de los significados y revelan la posibilidad de ampliar los cuidados preventivos.

PALABRAS CLAVES: Cancer de mama; Prevención de cáncer de mama; Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CNI	- Conselho Nacional do Idoso
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
DCNT	- Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HEDA	- Hospital Estadual Governador Dirceu Arcoverde
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNI	- Política Nacional do Idoso
PSF	- Programa Saúde da Família
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFPI	- Universidade Federal do Piauí
USF	- Unidade de Saúde da Família
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Problematização e Construção do Objeto de Estudo	13
1.2 Questões Norteadoras e Objetivos do Estudo	16
1.3 Justificativa e Relevância do Estudo	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 O Envelhecimento Populacional.....	20
2.2 Envelhecimento Feminino e Questões de Gênero	24
2.3 A Saúde da Mulher Idosa e a Prevenção do Câncer de Mama	28
2.4 Concepções e Conceitos Teóricos.....	36
3 METODOLOGIA	40
3.1 Natureza do Estudo.....	40
3.2 Cenário do Estudo	40
3.3 Caracterização dos Sujeitos.....	42
3.4 Instrumentos e Procedimentos de Coleta dos Dados.....	43
3.5 Análise dos Dados	45
4 ANÁLISE DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS	47
4.1 Saberes das mulheres idosas relacionados à prevenção do câncer de mama.....	47
4.2 Práticas das idosas relacionadas à prevenção do câncer de mama.....	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICE.....	96
ANEXOS.....	98

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problematização e Construção do Objeto de Estudo

O envelhecimento é um processo inexorável, progressivo e contínuo, com amplas implicações para o indivíduo, o governo e a sociedade. Envelhecer, demograficamente falando, significa aumentar o número de anos vividos. Porém, o envelhecimento é um processo individualizado, amplamente complexo resultante da influência de fatores sociais, ambientais, genéticos, psicológicos e espirituais que precisa ser valorizado.

Embora o critério cronológico não seja o mais preciso para determinar a idade da velhice, é muito utilizado e recomendado tanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pela Política Nacional do Idoso (PNI), que definem respectivamente as idades de 60 e 65 anos como o ponto de corte, a partir do qual os indivíduos pertencentes aos países subdesenvolvidos e desenvolvidos são considerados idosos (BRASIL, 2002a).

Nesse contexto, ressalta-se que o Brasil vivencia uma mudança profunda no perfil demográfico da população e vem adquirindo características que em pouco tempo torná-lo-á um país de pessoas envelhecidas. Em 1991, os idosos correspondiam a 7,3% (10,7 milhões) da população brasileira, passando para 8,6% (14,5 milhões) em 2000. As projeções apontam que esse percentual deverá atingir 12,6% no ano de 2020 e 16% em 2050 (BRASIL, 2002a).

Diante desses percentuais, deve-se destacar, em relação ao envelhecimento populacional, o fenômeno da feminização da velhice, caracterizado pela evidência de que as mulheres vivem mais do que os homens. O maior número de mulheres na população idosa também se verifica na região Nordeste do Brasil, sendo essa tendência demográfica característica também no Estado do Piauí (BRASIL, 2002b).

A feminização da velhice no Brasil se explica em parte, pela maior expectativa de vida das mulheres, associada a fatores como: menor consumo de álcool e tabaco; e diferenças de atitude em relação às patologias (VERAS, 2004).

Além disso, essas mulheres são detentoras de saberes e de práticas de saúde vivenciadas no seu cotidiano do cuidar do ser, capazes de identificar de forma precoce sinais e sintomas de várias doenças, fazendo com que o grupo feminino seja a maior demanda dos serviços de saúde em todas as áreas.

Entretanto, mesmo com todas as conquistas alcançadas pelas mulheres, as questões de gênero ainda são determinantes na sociedade brasileira, tendo em vista que se trata de um país capitalista, que valoriza a produção e estabelece a juventude em seu sistema de valores, interferindo negativamente no setor saúde, seja na formação de recursos humanos ou mesmo até na própria prática assistencial (NEGREIROS, 2004).

Associado às questões de gênero, existe o fato de que a idosa não é vista como mulher em relação à sua sexualidade, mamas, aparelho reprodutor e sexual. Considera-se que esses órgãos perderam suas funções ao deixarem de ser focos de atenção à saúde. Dessa forma, a assistência à mulher idosa passa para a agenda das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), tais como: diabetes e hipertensão, que cumprem os determinantes sociais que estabelecem o caráter assexuado da mulher nessa fase da vida.

No entanto, entre as mulheres, o câncer de mama desponta como o tipo mais comum de câncer feminino e como uma das maiores causas de morte nessa população, conforme demonstram os dados disponíveis no Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006a). Essa neoplasia representa a segunda mais freqüente no mundo e a primeira entre as mulheres.

De acordo com dados apresentados pelo INCA (2006b), o número de novos episódios de câncer de mama no Brasil, em 2006, foi de 48.930, com um risco estimado de 52 casos a cada 100.000 mulheres. Na região Nordeste, nesse mesmo ano, o número de ocorrências dessa patologia atingiu 7.120 mulheres. E no Piauí, calculou-se uma taxa de 17,37 casos para cada 100.000 mulheres, com a incidência de 270 casos para todo Estado, sendo destes 140 localizados na capital, Teresina (INCA, 2006b).

Com base nas estimativas para 2008, a região Sudeste do Brasil despontou com o maior risco, um percentual de 78 novos casos por 100.000 mulheres. Sem

considerar os tumores de pele não-melanoma, que aparece com maior frequência nas mulheres das regiões Sul 67/100.000, Centro-Oeste 38/100.000 e Nordeste 28/100.000 mulheres (INCA 2008a).

Já em relação ao estado piauiense, constatou-se uma taxa bruta de câncer de mama estimada de 20,8 casos para cada 100.000 mulheres, correspondente a 330 casos para todo o Piauí, com 150 ocorrências localizadas somente na capital, Teresina, cuja taxa bruta de risco foi de 36,14 para o referido ano (INCA 2008a).

A elevada incidência de câncer de mama tem ocorrido devido a algumas alterações na população feminina. A partir dos anos 70, com o processo de urbanização, a mulher brasileira se tornou mais exposta aos fatores que elevam o risco de desenvolvimento dessa patologia, entre eles: gravidez tardia, obesidade, aumento da expectativa de vida da população e um maior contingente feminino em idades mais avançadas (GODINHO; KOCH, 2002).

Com isso a velhice surge como um fator de risco para o câncer de mama, exigindo a implantação e implementação de medidas que vislumbrem o diagnóstico precoce da referida patologia, principalmente por meio da adoção de medidas preventivas. A luta de combate ao câncer de mama concentra sua força na busca do diagnóstico precoce, pois a prevenção caracteriza-se como a melhor maneira de combater a doença e de adquirir melhores chances para evitá-la e promover a cura (LINARD; MACEDO; MACHADO, 2003).

Contudo, em muitas situações, o uso dessas medidas preventivas é limitado, principalmente pela baixa motivação e/ou pela falta de recursos para adoção de padrões mais saudáveis. Outro fator limitador é a simples reprodução pelos profissionais de saúde das ações preventivas, organizadas em nível central, desconsiderando-se os valores pessoais, culturais, sociais e econômicos da população e configurando-se em atitude autoritária, linear, responsável por dificultar a adesão das classes locais.

Tomando como base esses fatores limitadores, se faz necessário um estudo sobre as práticas e os saberes das mulheres idosas frente à prevenção do câncer de mama, tendo em vista que estes aspectos constituem experiências que envolvem as

singularidades dos sujeitos e abrangem determinações sociais e culturais mais amplas de suas vidas.

Nessa perspectiva de valorização do indivíduo, com capacidades de interferências na sua realidade junto ao seu contexto histórico, mediante adoção de uma conduta crítico-reflexiva, é que se fundamentou esta investigação na dialética de Freire (1980), tomando por base a conscientização como teoria e prática da libertação.

Refletindo, portanto, sobre a alta incidência do câncer de mama na mulher idosa, frente ao fenômeno da diversidade do envelhecimento feminino e das demandas assistenciais determinadas por esse segmento populacional foi que elegemos como objeto deste estudo os saberes e as práticas das mulheres idosas na prevenção do câncer de mama.

1.2 Questões Norteadoras e Objetivos do Estudo

Com base no objeto deste estudo, que insere intimamente às experiências da mulher idosa, privilegiada por possuir diversos e amplos conhecimentos advindos com a velhice, com capacidades, potencialidades e disponibilidades que se mantêm preservadas na aquisição de novas conquistas e atitudes, elaboramos as seguintes questões que serviram para nortear e dimensionar esta pesquisa:

1. Quais os saberes e as práticas das mulheres idosas sobre a prevenção do câncer de mama?
2. Como os saberes e as práticas das mulheres idosas se articulam com a adesão das medidas de prevenção do câncer de mama?

Com a pretensão de proporcionar conhecimentos que permitam responder a essas duas questões, focalizamos os seguintes objetivos para este estudo:

1. Descrever os saberes e as práticas de um grupo de mulheres idosas sobre a prevenção do câncer de mama.

2. Analisar a articulação dos saberes e das práticas da mulher idosa sobre a prevenção do câncer de mama e a sua adesão a essas medidas preventivas.

1.3 Justificativa e Relevância do Estudo

A experiência de cinco anos como profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF) e como docente no Curso de Enfermagem – Bacharelado proporcionou à autora observar, embora de forma empírica, uma variedade de fenômenos que se apresentam no dia a dia da comunidade, destacando-se a problemática do envelhecimento feminino e as diferentes e diversas facetas contidas no contexto do binômio saúde-doença na vida das mulheres idosas.

A opção pelo grupo de mulheres idosas como sujeito desta investigação foi fortalecida pela realidade demográfica da feminização da velhice no Brasil, considerando que há uma diferença significativa, em torno de 7,6 anos, na expectativa de vida média dos homens em relação às mulheres (IBGE, 2006).

Na implementação das ações assistenciais a determinados grupos populacionais dentro da ESF, tais como hipertensos e diabéticos, mais uma vez, foi estabelecida uma maior proximidade com o grupo de mulheres idosas, já que são as maiores freqüentadoras do serviço de saúde e as que demandam mais atenção, especialmente na área da Enfermagem. Contudo, a assistência à mulher idosa mostrou-se pontual e fragmentada, sendo vistos apenas sinais e sintomas de algumas das patologias atendidas nos protocolos assistenciais da ESF, com o afastamento da integralidade do ser humano, que permite conhecer o indivíduo como um todo, bem como seu contexto e suas capacidades para promoção da saúde e prevenção das doenças.

Em relação ao grupo de mulheres idosas, a assistência compartimentalizada faz com que patologias de alta incidência e de prevalência como o câncer de mama não recebam a devida atenção dos profissionais de saúde, tendo em vista equívocos e pouca eficácia estabelecidos na implantação e implementação dos programas de assistência à saúde da mulher idosa.

Na maioria dos municípios brasileiros, os programas implantados determinam um número extensivo de famílias a serem atendidas, delimitam a atenção a algumas patologias em detrimento de outras e ainda mantêm uma abordagem predominantemente medicamentosa e curativa, desprezando as práticas de Educação em Saúde que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças.

Outro elemento incentivador para esta investigação, além da elevada prevalência e da incidência do câncer de mama na população feminina, foi a identificação da lacuna na produção científica na área de Enfermagem que abranja esse fenômeno com idosas, constituindo, pois, em estudo inédito no Estado do Piauí e de relevante importância para estudos futuros.

Destaca-se que a temática da prevenção do câncer de mama constitui-se um assunto de interesse da autora deste estudo, desde a pós-graduação lato sensu, resultando com a investigação e posterior publicação em periódico nacional do estudo “Conhecimento e prática do auto-exame de mamas por enfermeiras”, cujos objetivos foram descrever o conhecimento e prática de um grupo de enfermeiras sobre as medidas de controle do câncer de mama e discutir o conhecimento e a prática do auto-exame das mamas pelas enfermeiras (BRITO; BEZERRA; NERY, 2004).

Outro artigo também publicado em periódico nacional foi “sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncótica”, cujo resultado constatou que a maioria das mulheres não realiza o exame, embora todas afirmem a importância deste, principalmente para detecção de doenças. Observou-se ainda que durante o procedimento da citologia oncótica, os sentimentos mais recorrentes referidos entre as mulheres foram: timidez, insegurança, medo, vergonha e dor. Quanto às expectativas, elas anseiam um melhor atendimento por parte dos profissionais, e resultados da citologia negativos para doenças, em especial para o câncer (BRITO; NERY; TORRES, 2007).

E compartilhando dessas experiências anteriores, desenvolveu-se esta pesquisa procurando produzir um conhecimento compartilhado a partir dos saberes e das práticas de saúde de mulheres idosas, sujeitos deste estudo, que certamente

poderá proporcionar um aprendizado capaz de mudanças de atitudes e de posturas que favoreçam a prevenção do câncer de mama e assim seja possível reduzir a ocorrência dessa patologia nesse segmento populacional.

Desse modo, esta investigação se torna de grande relevância, pois possibilitou refletir sobre saberes e práticas das mulheres idosas na prevenção do câncer de mama, bem como contribuir para um conhecimento mais reflexivo e sistematizado que ultrapasse o conhecimento técnico e envolva a problemática em questão, evidenciando questões relativas à realidade da população em foco.

Portanto, com base nessas assertivas, fica evidente a relevância desta investigação, que certamente possibilitará um conhecimento capaz de contribuir na assistência, no ensino e em futuras pesquisas congêneres. A esse respeito, um conhecimento que tem como base os saberes e as práticas das idosas acerca da prevenção desse tipo de doença também poderá subsidiar instrumentos educativos estratégicos nas práticas de Educação em Saúde que serão facilitadores das ações dos profissionais que atuam na ESF.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo pretendemos focalizar os principais referenciais e bases temáticas deste estudo, partindo da contextualização do envelhecimento populacional e feminino, focando as questões de gênero. Além disso, serão explicitadas as concepções teóricas e conceituais que embasaram e orientaram este estudo, considerando-se a Saúde da Mulher Idosa e a Prevenção do Câncer de Mama em relação aos ensinamentos de Paulo Freire, que se configura como fontes de conhecimento aplicadas às inúmeras áreas do saber humano.

2.1 O Envelhecimento Populacional

A reflexão sobre o envelhecimento esteve presente na história das civilizações desde muito tempo, conforme os valores de cada época e de cada cultura em particular. A perda da capacidade produtiva e o afastamento da pessoa idosa do mundo do trabalho apontam para um futuro incerto e diferenciado, conforme sua condição socioeconômica. Esses fatos vinculam a velhice na sociedade moderna à fase da vida para a qual raramente existem projetos pessoais e em que se verifica o declínio significativo da participação social (DOMINGUES; QUEIROZ, 2000).

É prática comum, estabelecida por alguns ainda que errônea, a forte vinculação da pessoa idosa à fase da vida marcada por tristeza e por doenças. Um fator que contribui para essa visão negativa sobre o envelhecimento refere-se ao fato de a velhice estar relacionada à aposentadoria. Isso, especialmente nas sociedades capitalistas, conota o declínio do ser humano na economia do país, passando a ser associado à inutilidade, à dependência e à pobreza, configurando-se apenas como dispendioso e inútil encargo social (AREOSA, 2004).

Desse modo, diferentes concepções acerca da velhice colaboram para posicionamentos divergentes entre os grupos sociais. De um lado, o envelhecimento é definido como fase final da vida que antecede a morte, denotando o período de ausência de projetos pessoais ou sociais, uma vez que o idoso já desempenhou seu papel na sociedade. Do outro, a pessoa idosa pertencente à etapa da vida marcada pela sabedoria, pela maturidade e pela serenidade, e que muito tem a construir e a contribuir para as gerações futuras, constituindo-se como o ser humano que alcançou uma faixa etária privilegiada, e mantém responsabilidades perante o social (OLIVEIRA; PASIAN; JACQUEMIN, 2001).

Nesse ínterim, o envelhecimento populacional, processo comum a todas as sociedades, embora com suas diversas conotações, necessita que se manifeste de forma adequada, marcado por uma vida feliz e saudável. Para tanto, se faz importante a busca da melhor qualidade de vida, tanto para os que já envelheceram, como para os que irão envelhecer, sendo fundamental a manutenção da autonomia e da cidadania (PEIXOTO, 1997).

O envelhecimento saudável e bem-sucedido parece utopia, porém já constitui realidade identificada em estudos como o de Pereira (2005), que evidencia o bem-estar subjetivo na vida de pessoas idosas, desmistificando crenças que consideram a velhice equivalente à doença, que precisa ser tratada com abordagem social. Acrescenta-se que tal bem-estar subjetivo constituinte dessa faixa etária permite à pessoa idosa viver possibilidades de crescimento, realização pessoal e desenvolvimento continuado, considerando a heterogeneidade e a individualidade de cada um a partir de sua história de vida e do contexto sócio-cultural e econômico no qual se encontra inserido.

Embora os principais determinantes para o envelhecimento saudável – contexto social e características genéticas e biológicas, relacionados à tentativa de viver mais e melhor – fujam do controle pessoal, existem outros fatores que dependem das providências adotadas pelo próprio indivíduo para a aquisição da qualidade de vida (UNIKOVSKY, 2004).

Qualidade de vida pode ser definida em uma perspectiva da subjetividade do indivíduo, associando-se à felicidade, satisfação pessoal e/ou profissional, bem-estar

geral, as quais são decorrentes do relacionamento com o outro, seja no grupo familiar ou de amizades, bem como das crenças religiosas, elevada auto-estima, entre outros. Pode também ser interpretada do ponto de vista de outros indicadores, como as condições de saúde, situação social e financeira e função intelectual e sexual (WHOQOL, 2005).

Portanto, a velhice deve ser encarada por todos como um processo natural e contínuo, a depender da atuação de uma série de fatores que devem ser considerados para sua efetiva e satisfatória consolidação, entre eles: o contexto sócio-cultural e econômico e a história pessoal, pois são várias as influências que interferem na vida das pessoas, sobretudo das idosas, inclusive as questões de gênero (MATTOS *et al*, 1998).

O envelhecimento populacional é observado em todo o mundo, porém acontece de forma distinta para as várias regiões. Nos países desenvolvidos, o envelhecer se dá imerso às melhorias nas condições gerais de vida; enquanto nos países em desenvolvimento, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma adequada reorganização na sociedade e na área da saúde (BRASIL, 2006a)

Nesses países em fase de desenvolvimento, dentre os quais destaca-se o Brasil, que apresenta rápido envelhecimento populacional, o ato de envelhecer reflete-se em sérias implicações, em especial, nos campos social e econômico (BRASIL, 2006a).

Estima-se que o Brasil ocupará a sexta posição no contingente de pessoas idosas, ao atingir em 2025 a população de 32 milhões de idosos (BRASIL, 2002a). Soma-se ao envelhecimento da população brasileira, as responsabilidades assumidas por este segmento populacional dentro do espaço domiciliar. É conveniente ressaltar que é crescente o número de netos e de bisnetos que vivem sob a custódia das avós. Em 1991, esses netos correspondiam a 2,5 milhões, atingindo o total de 4,2 milhões em 2000, que na maioria das vezes são cuidados e sustentados por essas pessoas idosas (BRASIL, 2002a).

O Brasil adota, em suas políticas, a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual a idade de 60 anos é usada como ponto de corte para definir a velhice nos países em desenvolvimento.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), desde seu 27º Conselho Diretivo, vem estimulando os países que compõem seu quadro de membros a estabelecer programas e serviços nacionais para as pessoas idosas, face à representatividade dessa faixa etária junto à população. Nos últimos anos no Brasil, houve melhoria na assistência aos idosos, em virtude da criação de programas e de políticas direcionadas para essa parte da população.

Em 1994, foi criada a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto nº 1948/96, que estabelece direitos sociais, garantia da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como direito próprio da cidadania, enfim, defende as causas do idoso nos diversos segmentos da sociedade. Nesse mesmo ano, a Lei nº 8.842/94 criou o Conselho Nacional do Idoso (CNI), com responsabilidade quanto à viabilização do convívio, da integração e da ocupação do idoso na sociedade. Também constam na Lei, dispositivos que regem a prioridade do idoso no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1996a).

Desde 1996, o tema envelhecimento e saúde têm integrado a ESF da População, da divisão de promoção e proteção da saúde, com o objetivo de elaborar planos e ações integradas sobre envelhecimento e saúde para as Américas (OPAS, 1998). E em outubro de 2003, o Senado Federal aprovou o Estatuto do Idoso, que garante, entre outras vantagens, acesso aos serviços de saúde e de assistência social, atenção integral à saúde por intermédio do SUS, medicação gratuita, atendimento domiciliar e/ou internação ao idoso incapaz de locomover-se, assim como outros recursos relacionados ao tratamento (BRASIL, 2003).

Destaca-se também a obrigação da família, sociedade e Estado em garantir ao idoso a proteção à vida e à saúde, por meio da efetivação de Políticas Públicas que permitam o envelhecimento saudável e em condições de dignidade, com uma vida confortável e adequada. Contudo, apesar das significativas e importantes investidas do Governo na busca de melhoria da qualidade de vida da população idosa, tal assistência ainda não se mostra suficiente, considerando que existem

muitas lacunas assistenciais que devam ser preenchidas de forma eficaz e o mais breve possível (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, tornou-se imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, voltada a todos os brasileiros com 60 anos ou mais de idade, cuja finalidade primordial consiste em recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Diante do envelhecimento populacional com suas individualidades e representatividades, tanto para a pessoa que envelhece como para o Governo e a sociedade, frente à diversidade e à multidimensionalidade dessa fase da vida é que se destaca o fenômeno da feminização da velhice e suas respectivas implicações.

2.2 Envelhecimento Feminino e Questões de Gênero

Com dimensões tão amplas como o processo do envelhecimento, evidencia-se o fenômeno da feminização da velhice. De acordo com o perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no país, a proporção de idosos no Brasil é de 8,6% do total populacional e, dentro desse contingente com 70 anos ou mais, observa-se o predomínio de 9,3% de mulheres para 7,8% de homens (BRASIL, 2002b).

Quanto à esperança de vida ao nascer, evidencia-se uma diferença de quase 08 anos entre os sexos masculino e feminino. As mulheres têm expectativa de vida nitidamente mais elevada. Enquanto que para elas a esperança de vida atinge 72,6 anos, para os homens essa taxa é de 64,8 anos. Em relação à esperança de vida aos 60 anos de idade, essa é de 19,4 anos para mulheres; e 16 anos, para homens, observando-se que em ambas as situações ocorrem maior sobrevida para a população feminina em relação à masculina (BRASIL, 2002b).

No Brasil, os censos demográficos vêm demonstrando maior presença da população feminina na faixa etária idosa, e o principal diferencial apontado é a

mortalidade, que determina uma vida média mais elevada para as mulheres. No entanto, o fato de a idosa possuir maior sobrevida e apresentar menor mortalidade que a masculina não significa que essas mulheres necessariamente desfrutem de melhores condições de saúde, pois a mortalidade constitui apenas reflexo da deterioração extrema da saúde. Apesar de essas mulheres viverem mais, também suportam maior carga de problemas de saúde, uma vez que suas taxas de prevalência de incapacidade funcional são maiores (PARAHYBA, 2006).

Outro dado que merece ser citado é a representatividade, no Brasil, da figura feminina como responsável pelo domicílio. O Censo de 2000 indicou que 24,9% dos domicílios tinham mulheres como responsável. A região Nordeste apresenta maior proporção de domicílios, cuja pessoa de referência é do sexo feminino, com percentual de 25,9%. Nesse caso, devem ser consideradas as mudanças recentes no âmbito cultural, a intensidade da migração nordestina masculina ocorrida nas últimas décadas e seus padrões diferenciados por gênero. Acrescenta-se a isso que 53,3% dos domicílios brasileiros são ocupados por mulheres na faixa etária dos 60 anos (BRASIL, 2002b).

Camarano (2003), ao reportar-se ao envelhecimento feminino, procura explicá-lo como uma preocupação que se dá principalmente pelo fato de esse segmento populacional estar relacionado à dependência e à vulnerabilidade, tanto econômica quanto física, com perda da autonomia e da independência para a execução das atividades cotidianas.

O estudo “Mulher Idosa: suporte familiar ou agente de mudança”, desenvolvido por Camarano (2003), descreveu sobre a heterogeneidade do envelhecimento feminino e a mudança ocorrida nos últimos vinte anos acerca da concepção da idosa brasileira, que adquiriu características que a classifica como importante agente de mudanças sociais, em que o preceito final da vida ativa e a viuvez passaram a ser interpretados por muitos como uma nova fase do ciclo vital, graças ao princípio universal da seguridade social e à melhoria das condições de saúde.

Nesse novo paradigma da mulher idosa, observa-se a presença de uma liberdade que é exaltada e comemorada como uma conquista, pois essa liberdade

assume um caráter positivo uma vez que as mulheres, ao atingirem a velhice, têm maior liberdade de circular e de viverem conforme sua vontade. Entretanto, tal situação pode adquirir um sentido adverso, em uma perspectiva de geração, sobretudo, existencial, tendo em vista que as idosas podem sair e circular livremente, porque se considera que estas mulheres não representam mais atrativos físicos, e não podem mais reproduzir, não havendo muito que preservar (MOTTA, 2000).

Contudo, decorrente de sucessivas conquistas na atualidade, a velhice feminina pode remeter a atitudes favoráveis, seja nas interações familiares, sociais ou profissionais. Nesse sentido, surge uma nova perspectiva na qual a figura da idosa é ligada à imagem de sujeito da própria vida, parceira nas ações a seu favor, em defesa de seus direitos, da cidadania e de sua categoria.

Destaca-se, no entanto, que essa conquista positiva a favor da idosa se deu de modo gradual, graças às atuações feministas, uma vez que essas mulheres se uniram na luta contra todas as formas de dominação, de exclusão e de discriminação a qual, tradicionalmente, são submetidas.

No Brasil, constata-se que as mulheres vivenciaram ganhos em vários campos, como política, literatura, imprensa, educação, mercado de trabalho e dentro da própria família. Passaram a ter liberdade de escolha quanto à sexualidade e à reprodutividade, adquiriram espaços para a problematização das relações de gênero e para a consolidação de políticas públicas voltadas à assistência feminina. Esse processo de mudança se deu em dois momentos principais: do final do século XIX à década de trinta e a partir do final dos anos 60, consolidando-se nos anos 80 e 90 (PINTO, 2003).

Todavia as idosas de hoje nasceram em uma época em que, na sociedade, o papel da mulher estava direcionado à execução de funções no espaço doméstico. Essa forma de organização da sociedade, pautada nas relações de subalternidade iniciadas em casa, na relação com o pai e transferida, após o casamento, para o marido, influenciaram de forma significativa para que as idosas tivessem pouquíssimas possibilidades de acesso à educação, ao trabalho, à liberdade de escolhas, enfim, à maior autonomia. Assim, as práticas femininas das dessas idosas

se vinculam à percepção tradicional acerca da posição da mulher no mundo, na família e no trabalho (MARTINS, 2006).

É o que também expressa Veras (2003), ao referir-se à ausência ou à precariedade de acesso à educação pela população idosa, com o significativo percentual de 33,2% de idosos que não sabem ler, conforme demonstram estudos sócio-demográficos. Essa situação, proveniente de uma sociedade desigual, é compreendida como uma forma de exclusão e de opressão, tanto social, como de gênero, que se acentua com o avançar da idade.

A inserção feminina no mercado de trabalho, as novas descobertas e a explosão tecnológica e de comunicação trouxeram repercussões substanciais nas relações homem-mulher. Contudo, muita coisa não mudou ao se focalizar o gênero, pois se observa que, apesar das mesmas condições socioeconômicas entre os sexos, a mulher idosa, principalmente, ainda se mantém inserida em uma sociedade que valoriza o jovem e o belo, e, com isso, o corpo feminino que envelhece, já não oferece mais atrativo (NEGREIROS, 2004).

Entretanto, as idosas de hoje estão surpreendendo a literatura e as políticas públicas, uma vez que passaram a adotar posturas mais confiantes em todas as dimensões de sua vida, como no espaço domiciliar, onde essas mulheres passam de dependente a provedora, especialmente pelas conquistas sociais adquiridas, como aposentadoria e pensão de viuvez.

Essa postura inovadora também é assumida pela idosa do Piauí. Figueiredo e Tyrrell (2005) defendem que a mulher idosa piauiense assume tal posicionamento e se mostra com capacidades de produzir novos planos e projetos para sair do anonimato. Apesar de não terem freqüentado escolas ou universidades, são mulheres que possuem rápida capacidade de aprendizagem e são possuidoras de saberes adquiridos nas próprias experiências de vida.

Para Fernandes e Siqueira (2006), gênero é entendido como sendo uma categoria histórico-social, representada e compreendida pela multiplicidade de espaços e de produtos culturais, que regulam as práticas sociais dos indivíduos, estabelecendo o que é, ou não, aceitável em relação aos comportamentos e aos papéis assumidos na sociedade.

Ao se abordar sobre as questões de gênero, um importante conceito que se faz necessário é o de cultura, considerando que a concepção de gênero não pode estar desvinculada da cultura. Freire (1980) define cultura como o processo que resulta de toda a trajetória da atividade humana, conforme se observa:

Cultura é todo o resultado da atividade humana, do esforço criador e recriador do homem, de seu trabalho por transformar e estabelecer relações de diálogo com outros homens. A cultura é também aquisição sistemática da experiência humana, mas uma aquisição crítica e criadora, e não uma justaposição de informações armazenadas na inteligência e na memória, e não “incorporadas” no ser total e na vida plena do homem (FREIRE, 1980, p. 38).

Partindo desse pressuposto freireano, é importante ressaltar o papel estabelecido para as mulheres nas práticas de promoção da saúde, pois elas são encarregadas de realizar determinados cuidados e ações, bem como programar “inovações” na área da saúde, uma vez que, conforme destaca Santos (2002), tais funções já fazem parte de suas atribuições domésticas, não só em relação a elas mesmas, como também a todos os seus familiares.

Historicamente, as mulheres têm se destacado como alicerce do seio familiar e, muito cedo, adquiriram conhecimentos que foram indispensáveis tanto para a preservação das espécies como para sua sobrevivência. Diante desse papel do cuidar que lhe foi tradicionalmente imposto e por ela assumido, é importante acrescentar o papel imprescindível que a saúde assume na vida dessa mulher idosa, especialmente decorrentes das elevadas taxas de câncer de mama nessa faixa etária, em contraste a suas possibilidades de prevenção.

2.3 A Saúde da Mulher Idosa e a Prevenção do Câncer de Mama

Diante do papel da idosa no cenário nacional, a qual assume a função de cuidadora de si e de toda a família, ela busca com maior frequência os serviços de saúde, bem como participa mais ativamente das atividades que lhes são destinadas.

Em relação a isso, se faz necessário, junto à atenção básica de saúde, a prestação de assistência integral, considerando-a na visão holística de gênero, cultura, família e sociedade.

Por essa razão, cabe à unidade básica de saúde promover uma assistência multidisciplinar, com a articulação dos atendimentos individual e de grupo, a fim de resolver tanto as queixas individuais como as coletivas e possibilitar ou fortalecer a reinserção dessa mulher na sociedade.

Segundo Barbosa (2004), uma das alternativas para a reinserção da idosa na sociedade é a atividade de grupo, prática freqüente e bem aceita tanto pelos próprios integrantes desses grupos, como pelas autoridades, pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral. Esses grupos populacionais estão presentes nos mais variados locais, assumindo compromissos em diversos setores, entre eles o da saúde, e pleiteando práticas a serem utilizadas na busca de tratamentos e da prevenção das doenças, conforme suas tradições, crenças e práticas populares.

Para Budó e Saupe (2004), os grupos das idosas conquistaram espaços e respeito e se tornaram parcerias na aquisição de melhorias para a saúde dessa faixa etária, com fundamental importância para a concretização de ações que vislumbrem seu bem-estar, tanto físico como mental e social. Esses grupos estão presentes em todos os municípios, na maioria possuem manutenção própria, com diretorias que organizam suas atividades e contam com a participação direta ou indireta das secretarias municipais.

O serviço de grande valia para a população idosa, apontado por Silvestre e Costa Neto (2003), diz respeito à ESF, que foi inicialmente considerada um programa governamental, e que atualmente presta assistência tanto na Unidade de Saúde da Família (USF) quanto no domicílio, por meio de ações de prevenção, da promoção e recuperação da saúde das pessoas. Esse modelo inovador de atenção à saúde requer estreita relação entre os profissionais de saúde e a população pela qual são responsáveis, com a criação de vínculo e co-responsabilidades que fazem com que as ações de saúde possam melhorar a realidade e as condições de saúde dos indivíduos assistidos.

Assim, torna-se necessária a adequação dos serviços, dos profissionais, bem como de suas ações de saúde frente ao perfil epidemiológico da população por eles atendida. Nesse sentido, deve haver atenção especial para as idosas, em razão de suas necessidades no contexto saúde e doença, tanto individual quanto coletivo, em face de seu progressivo aumento numérico e das condições de saúde dessa faixa etária (ROSA; LABATE, 2005).

O governo brasileiro, por meio de políticas sociais, tem se empenhado para ampliar o quadro na assistência à saúde da mulher. Como resultado dessas políticas, pode-se citar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com os processos de implantação e de implementação, na década de 90, que vêm continuamente sendo atualizados.

Nessa perspectiva de assistência à saúde feminina, sobressai-se o Programa Viva Mulher, que visa ao desenvolvimento e à prática de medidas que reduzam a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de mama, assim como, do câncer do colo do útero (BRASIL, 2000b).

As características da nova política de saúde, com a proposição do SUS, foram influenciadas pelo processo de municipalização e, principalmente, pela reorganização da atenção básica, por meio da ESF. Entretanto, apesar do empenho das autoridades e da expansão dessa estratégia no país, o câncer de mama ainda se apresenta como sério problema de saúde pública no Brasil.

Segundo Robbins (1996), câncer ou neoplasia é o termo comum para todos os tumores malignos e pode ser descrito como uma massa anormal de tecido, cujo crescimento incomum e descoordenado frente ao tecido normal persiste de forma excessiva após a cessação dos estímulos que produziram a mudança.

Para Carvalho e Merighi (2005), câncer é uma doença crônica e degenerativa que evolui demoradamente, exceto quando interrompido em algumas de suas fases. É caracterizado por longo período de latência e por fase assintomática prolongada, cuja etiologia geralmente está associada a uma série de fatores de riscos, com destaque para os ambientais, que se tornam, assim, de fundamental importância à familiarização das pessoas, no intuito de melhor

conhecerem os fatores de risco para o câncer, uma vez que já se encontra estabelecida sua efetiva participação no surgimento da referida patologia.

É essencial o conhecimento dos fatores de riscos dessa doença, bem como de sua relação com determinadas neoplasias, tanto pelos profissionais de saúde como pela população geral, uma vez que a adoção de tal atitude pode ser fator determinante, tanto na sua prevenção como no seu controle. O estabelecimento de medidas preventivas ou de ações aos já acometidos pela doença, no tratamento efetivo ou reabilitação, pode reduzir perdas de vida ou mantê-los em melhores condições de sobrevivência (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2005).

Entre os diversos tipos de neoplasia, na população feminina, desponta o câncer de mama com incidência e com mortalidade muito elevadas, sendo uma das mais importantes causas de morte em mulheres, com prevalência de 100 vezes a mais que nos homens. No Brasil, é a neoplasia com maior mortalidade entre as mulheres, representando 16% da mortalidade e 2,3% de todas as causas de morte. Somente em 2003, foram registrados 41.610 novos casos e 9.335 óbitos (INCA, 2006c).

As estimativas brasileiras de 2008 referentes à neoplasia maligna da mama dispõem da taxa bruta de incidência de 49.400 casos novos por 100.000 mulheres. A cada ano, cerca de 20% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama (INCA, 2008a).

No Brasil, além das elevadas taxas de incidência e de prevalência, outro fator que contribui para aumentar a morbimortalidade por essa patologia se refere ao fato de 70% das mulheres procurarem os serviços de saúde quando a doença já se encontra em fase avançada, o que determina tratamentos mais agressivos e mutilantes, com menor sobrevivência. Situação oposta ocorre nos países desenvolvidos, cuja maioria dos casos de câncer mamário é detectada em estágios iniciais, de acordo com Frasson (1999). O autor acrescenta também que sua incidência é relativamente baixa antes dos 35 anos, porém cresce rapidamente após essa idade, atingindo altos níveis de morbimortalidade ao longo da vida.

Felten (2005) afirma que, embora possa ocorrer em qualquer idade após a puberdade, a maioria dos diagnósticos do câncer de mama se dá nas mulheres de

60 a 79 anos, faixa etária na qual o risco para a referida neoplasia é de 01 para cada 15 mulheres; enquanto nas mulheres de 40 a 59 anos, esse risco varia de 01 para cada 26 mulheres.

Nas últimas décadas, houve considerável aumento da expectativa de vida das mulheres, ultrapassando metade de sua existência depois da menopausa. Em paralelo, passou a haver também aumento das taxas de incidência de câncer de mama em todo o mundo. Esse fato relaciona-se, provavelmente, com mudanças de hábitos reprodutivos e alimentares, fatores ambientais e também os relacionados ao estilo de vida.

Nessa relação entre incidência e possíveis variáveis para desenvolvimento da doença mamária, é merecido destacar os principais fatores de risco. Segundo o Ministério da Saúde (MS), constitui fator de risco a história familiar, em especial se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas em idade inferior aos 50 anos. Outro fator é a idade, com um aumento rápido da incidência com o avançar da idade. Também se destacam a menarca precoce e a menopausa tardia após 50 anos de idade. Além disso, configura-se como fator de risco a ocorrência de primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade. Ressaltam-se ainda a ingestão regular de álcool, mesmo que em quantidade moderada; a exposição a radiações ionizantes em idade inferior aos 35 anos. Contudo é válido lembrar que há controvérsia quanto à associação de contraceptivos orais, com o aumento do risco para o câncer de mama (INCA, 2008b).

Menke (2000) aponta, como principal fator de desenvolvimento da doença, a história familiar, que deve ser analisada conforme o grau de parentesco, o número de membros afetados, a precocidade do aparecimento do tumor e/ou se esse for bilateral no parente afetado. Refere ainda a necessidade de se continuar investindo em estudos sobre a etiologia do câncer mamário, pois aproximadamente 60% das mulheres com câncer de mama não apresentam nenhum dos fatores de risco identificados como principais.

Segundo Giglio (2005), há um aumento do risco de câncer de mama para as seguintes situações: nuliparidade, exposições a radiações ionizantes na parede torácica durante a infância, presença de doenças proliferativas sem ou com atipias e

mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. define-se como gene o segmento de uma molécula de DNA, principal constituinte dos cromossomos, que informam as características a serem herdadas.

Destaca também a idade, como um desses fatores, considerando que uma mulher entre 20 e 40 anos apresenta risco de 0,5%, subindo para 10,2% do nascimento aos 110 anos de vida. Reporta-se ainda à amamentação e à atividade física como prováveis fatores de proteção, e reforça a probabilidade da descoberta de novos fatores de risco, devido à baixa relação dos casos diagnosticados com os fatores citados (GIGLIO, 2005).

O conhecimento e a identificação desses fatores de riscos são de fundamental importância tanto para prevenir o surgimento como para a proliferação da doença, pois é sabido que a neoplasia mamária é uma das doenças que mais induz sentimentos negativos, como: desesperança, medo, revolta, inconformismo em qualquer um de seus estágios, sendo as mulheres expostas a uma série de desajustes psicológicos (FERNANDES; RODRIGUES; CAVALCANTI, 2004).

Dessa forma, é que, diante da complexidade da doença para o físico, o psicológico e o social do indivíduo, se faz essencial a sua detecção precoce, no intuito de evitar a situação referenciada por Caliri; Almeida e Silva (1998), na qual explicita a elevada freqüência do diagnóstico acidental, com maioria dos casos identificado em fases já avançadas da doença, o que acarreta o prognóstico ruim.

A problemática dessa freqüente detecção dos casos de câncer de mama em estágios não-iniciais, com sérias repercussões para o estado de saúde do indivíduo, são conseqüências principalmente da ausência de programas de rastreamento efetivos. E o que se deve fazer é justamente procurar essa detecção precoce das formas subclínicas, não palpáveis (RICCI; PINOTTI; PINOTTI, 2000).

Segundo Guedes, Silva e Freitas (2004), a prevenção é entendida como toda medida tomada para evitar o surgimento de uma condição mórbida ou de um conjunto seu, para que tal situação não ocorra com pessoas ou uma coletividade e, caso venha a se manifestar, que se dê de forma mais leve.

A prevenção pode ser feita em quatro momentos da história da doença: antes da instalação dos fatores de risco, considerada prevenção primordial, que objetiva evitar a instalação desses fatores; antes da instalação da doença, a prevenção primária, a qual visa a eliminar esses fatores; antes do diagnóstico clínico, designada prevenção secundária, que busca a detecção e o manejo precoce da doença na fase assintomática; e antes da instalação das complicações da doença, da incapacitação ou do óbito, denominada prevenção terciária, que visa à reabilitação e à prevenção de complicações em indivíduos já doentes (SCHIMIDT; DUNCAN, 2006).

Para Smeltezer e Bare (2002), a prevenção primária se preocupa com a redução dos fatores de riscos para o câncer nas pessoas saudáveis. Evitar carcinógenos conhecidos ou adotar estilos de vida e de dieta são alguns exemplos aceitos mediante comprovação por estudos epidemiológicos e laboratoriais. Já a prevenção secundária busca o diagnóstico precoce e a intervenção imediata para conter o processo canceroso instaurado.

Segundo Godinho e Koch (2002), a prevenção do câncer de mama pode ser primária ou secundária, constituindo-se na melhor maneira de combater esse tipo de câncer, pois só assim a doença adquire maiores chances de cura. Quanto ao processo de prevenção, o conhecimento científico atual aponta para o uso de fármacos como o tamoxifeno, em mulheres em situação de alto risco. Já para a prevenção secundária, a OMS defende três estratégias complementares entre si, que são: auto-exame das mamas, o exame clínico e a mamografia (BRASIL, 2000a).

Quanto à utilização de fármacos na parceria de combate à neoplasia das mamas, se tem boa amplitude de aceitabilidade, quando se coloca a prática da prevenção dessa doença como teoricamente possível e utilizável, dentro de breve período de tempo, por meio da utilização do tamoxifeno e do raloxifeno, ambos com graus diferenciados de eficácia de acordo com grupos específicos (CALEFFI, 2006).

No entanto, para o MS, ainda não há consenso que indique a utilização de determinados medicamentos, numa forma de quimioprevenção para as mulheres assintomáticas, independente de pertencerem, ou não, a determinados grupos de riscos (BRASIL, 2006b). Nesse contexto, a prevenção primária do câncer de mama

ainda não é totalmente possível, por causa das variações dos fatores de risco e das características genéticas da pessoa (INCA, 2008c).

Com relação aos exames preventivos de detecção precoce, os governos utilizam a mídia como parceira permanente na educação e na orientação da população feminina em relação ao exame clínico das mamas, que obedece às etapas de inspeção, de palpação e de expressão mamilar e ao auto-exame das mamas. Acrescenta-se a isso os exames instrumentais não-invasivos da mama (a mamografia e a ecografia mamária) e os invasivos, com destaque para a citopunção mamária e a biópsia mamária (DIÓGENES; RESENDE; PASSOS, 2001).

Frente à elevada morbimortalidade por câncer de mama no Brasil, em novembro de 2003, o Ministério da Saúde, o Instituto Nacional do Câncer e a área técnica de saúde da mulher, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia e a participação dos técnicos de diferentes áreas do Ministério, gestores, pesquisadores, representantes de sociedades científicas afins e das entidades de defesa dos direitos da mulher realizaram uma oficina de trabalho para discussão e aprovação de recomendações destinadas ao controle da citada neoplasia, que culminou com a criação do documento de consenso para o controle do câncer de mama, em abril de 2004 (BRASIL, 2004).

Esse documento de consenso, conforme o MS, relata recomendações para a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos no câncer de mama, bem como aponta possíveis estratégias para sua implementação no SUS (BRASIL, 2004).

Baseado nesse consenso, o Programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama – lançado em 1997, fundamentou-se no desenvolvimento e na prática de estratégias para reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de colo de útero e de mama (INCA, 2008c).

Em relação ao câncer de mama, com objetivo de detectar as lesões malignas da mama, esse programa preconiza a realização do exame clínico das mamas para mulheres de todas as idades, como parte da assistência integral à saúde da mulher. Para as senhoras acima dos 40 anos, esse exame deve ser

realizado anualmente; e para aquelas na faixa etária entre 50 e 69 anos, recomenda-se a realização de uma mamografia, pelo menos a cada dois anos (INCA, 2008c).

Observa-se a preocupação do Governo em delinear Políticas Públicas direcionadas a essa problemática, contudo os resultados obtidos ainda não satisfazem as metas estabelecidas por esses projetos governamentais, no que diz respeito à redução do câncer de mama, em especial, na faixa etária acima dos 60 anos, ratificando a necessidade de um olhar mais atento para essa realidade. É o que se busca mediante a realização deste estudo que valoriza os saberes e as práticas da mulher idosa, na prevenção do câncer mamário.

2.4 Concepções e Conceitos Teóricos

Refletindo sobre a elevada incidência do câncer de mama na população feminina e sobre a necessidade de adoção das medidas de prevenção para proteção das mulheres contra essa patologia, em especial na velhice, é que se buscou considerar os saberes e as práticas de prevenção do câncer de mama, a partir da ótica das idosas, sujeitos deste estudo.

Esta pesquisa foi caracterizada através de um diálogo, no qual se procurou elaborar um conhecimento em uma lógica de reciprocidade, com base na interação entre as idosas sujeitos da investigação e seus universos histórico-sociais e culturais relacionados aos saberes e às práticas dessas mulheres na prevenção do câncer de mama.

Partindo das características dos sujeitos deste estudo em uma relação direta e justaposta ao objeto, tornou-se possível identificar elementos dialéticos interligados necessários para a descrição e análises dos saberes e práticas das idosas em relação à prevenção da neoplasia mamária.

Nesse sentido, desvendar o fenômeno focalizado neste estudo constitui uma temática que remete à dialética de Paulo Freire (1980), visto serem essas mulheres pessoas com experiências de vida e com trajetória de cuidados com sua saúde e

também da família, resultantes da inserção sócio-político e cultural, enquanto atores sociais de sua própria história.

A dialética do diálogo libertador de Freire (1980) é uma teoria que expressa a constante capacidade de transformação, na qual o conhecimento é entendido como inacabado, contínuo e progressivo, e o homem assume o papel de sujeito com atitudes: crítica, reflexiva e histórica. Assim, a realidade acerca da prevenção do câncer de mama é entendida como um processo modificável a partir da conscientização como teoria e prática da libertação.

Na Teoria da Conscientização de Freire (1980), por meio da crença em si mesmo, o homem é capaz de dominar os instrumentos de ação à sua disposição. Em outras palavras, o homem, por suas práticas, torna-se agente transformador de seu universo sócio-cultural e histórico. As práticas são derivadas da transformação ou da reconstrução dos saberes repassados a um grupo desprovido do princípio do conhecimento acadêmico científico, mas que pode contribuir com suas experiências de vida (FREIRE, 1980).

Para Marinho (2003), a prática é entendida como a tomada de decisão para executar determinada ação, ou seja, se reflete sobre uma problemática em concreto e suas causas subjacentes, buscando identificar suas implicações e desenhar planos de ação.

As práticas são permeadas pelos saberes dos indivíduos, sejam coletivos ou pessoais. Esses saberes, muitas vezes frutos de vivências dos sujeitos e do senso comum, refletem a tomada de decisão e atuação nos diversos contextos. Com isso, pretende-se estabelecer uma dialogicidade entre os diversos saberes dos sujeitos e suas práticas de prevenção do câncer mamário, inclusive o empírico, tendo em vista que, conforme Thiollent (2005), o saber popular é rico e espontâneo, embora marcado por crenças e tradições, em que o participante comum conhece os problemas e as situações nas quais está integrado.

Santos (1985) em seus estudos já destacou a essencialidade do saber do senso comum e colocou que esse saber é imprescindível para a ciência pós-moderna, fundamentando os estudos das populações expostas às doenças,

relevando o universo de suas experiências concretas e as práticas sociais na busca da melhoria de suas condições de saúde.

O conjunto de saberes e práticas populares das idosas sujeitos desta pesquisa é pautado na experiência empírica, na vivência e na experimentação, a qual valida sua utilização, até mesmo na ausência da comprovação científica (MEDEIROS, 2001). Isso demonstra que a humanidade tem buscado a cura de seus males, adotando práticas alternativas e ou complementares de acordo com suas crenças por meio da experimentação empírica, as quais não se enquadram na lógica da medicina convencional.

Embora as informações exógenas não substituam automaticamente os significados construídos pela experiência de vida e pela partilha cotidiana dos conhecimentos do senso comum, há a consolidação de saberes com base na experiência concreta no nível local. Essa experiência pode oferecer evidências definitivas, consolidar novas verdades, modificar conceitos, práticas e comportamentos, que se revelem de interesse para a saúde. Assim, as evidências concretas do saber técnico integrado às do senso comum, agregados à criatividade e à superação do vício do discurso científico centrado em si mesmo, é que poderão proporcionar uma mudança de atitude da pessoa (ROZEMBERG, 2007).

Nascimento (2004) ressalta que esse novo saber, oriundo da junção do conhecimento científico com o saber popular, é gerado da reflexão do cotidiano e da *práxis* individual ou coletiva, como possibilidade para revertê-la e/ou transformá-la, lembrando que conhecimento e ação estão articulados no processo da educação, enquanto elemento de reflexão sobre sua própria realidade existencial.

Budó e Saupe (2004) ressaltam ser fundamental o desenvolvimento de uma relação entre os conhecimentos das Ciências da Saúde, as Sociais e as Educativas, respeitando as pessoas com sua visão de mundo, crenças e valores de uma cultura, comprometendo-se com a dinâmica social, democracia, com o respeito à liberdade pessoal e a participação no processo de conscientização.

À luz da dialógica de Freire (1980), todas as pessoas são dotadas de saberes e, mesmo que não se tenha sua comprovação científica, isso não desfaz sua valia, pois as vivências, as experiências e as práticas também se fazem

suficientes para a aceitação desses saberes. Uma vez que, todos possuem conhecimentos provenientes de sua própria experiência, os quais, cotidianamente, se expressam na validação dessa sabedoria popular.

Nessa perspectiva, a problematização da investigação apontou as concepções filosóficas da teoria de Paulo Freire como apoio teórico fundamental para a análise e a discussão dos saberes e das práticas relacionados à prevenção do câncer de mama, constituintes do universo do senso comum das idosas, sujeitos desta investigação.

Além dos princípios filosóficos da teoria freireana sobre a conscientização, dadas a abrangência do fenômeno em estudo e a diversidade de influências nas experiências das idosas, outros conceitos foram úteis na interpretação dos achados que se esperou desvendar nesta pesquisa.

Portanto, os princípios da dialética certamente foram necessários para iluminar a interpretação e a discussão dos achados desta investigação, pois essas mulheres idosas são seres sociais que demonstraram ter possibilidades, limites, conhecimentos e atitudes, com capacidades de aprender e de ensinar, o que já foi evidenciado nos estudos com mulheres idosas, segundo Figueiredo e Tyrrell (2005).

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, que permitiu o resgate da subjetividade dos sujeitos desta pesquisa para o conhecimento das experiências vividas, dos aprendizados incorporados e praticados, dos valores e das crenças próprias do universo da mulher idosa (MINAYO, 2004)

A opção por esta abordagem possibilitou revelar a relação dinâmica existente entre o mundo real e a subjetividade que permeia a vida dos sujeitos relacionada ao câncer de mama. Para Minayo (2007), a pesquisa qualitativa, enquanto conjunto de técnicas apresenta um vínculo indissociável entre pensamento e ação, linguagem e práticas, na busca de entender um fenômeno específico em profundidade. Ao invés de estatísticas, regras e outras generalizações a pesquisa qualitativa trabalha com descrições, comparações e interpretações.

Em outras palavras, esse tipo de abordagem se preocupa com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

3.2 Cenário do Estudo

O cenário da investigação foi a Unidade de Saúde São Vicente de Paula, em Parnaíba-PI, estabelecimento no qual a pesquisadora atua profissionalmente desde 2001, na ESF, o que permitiu a aproximação e a articulação constante com os sujeitos no desenvolvimento de ações assistenciais de saúde.

Essa Unidade de Saúde está localizada em um bairro de classe econômica baixa, na zona oeste do município de Parnaíba, cidade situada no litoral piauiense, à distância de 366 km de Teresina, capital do Piauí. Na área geográfica assistida pela ESF São Vicente de Paula, que corresponde ao módulo 09, dentro da divisão administrativa da saúde municipal, residem 880 famílias, perfazendo a população de 3.594 habitantes, sendo 1.777 indivíduos do sexo masculino e 1.817 do sexo feminino. A população idosa dessa área corresponde a 291 pessoas, no total de 139 homens e 152 mulheres (SIAB, 2009).

O processo de seleção dos sujeitos foi realizado a partir do contato com o Grupo Renascer, a amostra do estudo foi composta por 25 mulheres participantes do referido grupo, cujo critério de inclusão intencional se deu pelo fato de a pesquisadora já desenvolver trabalho assistencial e educativo junto a esse público. O grupo Renascer é formado por 32 idosos de ambos os sexos, da referida área de abrangência, participantes das atividades educativas e assistenciais promovidas pela equipe da ESF São Vicente de Paula.

Para Gonçalves, Leite e Ciampone (2004), as amostras intencionais representam um pequeno grupo de pessoas escolhidas propositalmente, em detrimento da relevância que esses indivíduos apresentam em relação a determinado assunto, ou seja, por possuírem representatividade na situação considerada.

Em relação aos aspectos éticos e legais para a realização da pesquisa na referida US, foi solicitada inicialmente a autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Parnaíba-PI. O Termo de Autorização Institucional (Anexo A) seguiu anexado ao Projeto de Pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa(CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), que emitiu o Parecer nº 26/08, favorável ao desenvolvimento da investigação, por se apresentar em consonância a todos os aspectos éticos e legais, requisitos necessários ao desenvolvimento de estudos que envolvem seres humanos.

3.3 Caracterização dos Sujeitos

O presente estudo contou com a participação de 25 mulheres do Grupo Renascer, com idade igual ou superior a 60 anos. Para participar, os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), que obedeceu aos aspectos éticos e legais, conforme estabelecido na Resolução nº 196/96, referente à pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo o sigilo e a liberdade da recusa ou exclusão em qualquer fase da investigação (BRASIL, 1996).

Para traçar o perfil das depoentes, obtiveram-se dados pessoais como: idade, estado civil, número de filhos, classe sócio-econômica, nível de escolaridade e moradia, estes contidos no Quadro 1. A faixa etária das 25 depoentes sujeitos desta investigação variou de 60 a 79 anos. Sobre o estado civil, a maioria das idosas era casada e viúva, sendo apenas uma solteira.

Os sujeitos deste estudo apresentaram variedades quanto ao número de filhos, das quais apenas duas não tiveram filhos, seis tiveram de um a cinco e a maioria teve mais de seis filhos.

Quanto à renda mensal, dezenove mulheres recebem apenas um salário mínimo¹, proveniente da aposentadoria e apenas seis delas recebem dois salários mínimos, também provenientes da aposentadoria e pensão de viuvez. Contudo deve-se ressaltar que todas possuem moradia própria, apesar da renda.

Em relação à escolaridade, sete são analfabetas, doze cursaram até a 4ª série do Ensino Fundamental Menor, seis cursaram o Ensino Fundamental Maior incompleto, em que quatro estudaram até a 5ª série e duas até a 6ª série.

¹ De acordo com a Lei nº 11.709, de 19 de junho de 2008, ficou estabelecido no Art. 1º que a partir de 1º de março de 2008, o salário mínimo seria de R\$ 415,00 (quatrocentos e quinze reais).

QUADRO 1: Caracterização Geral dos Sujeitos do Estudo

IDADE DAS MULHERES (EM ANOS)	FREQÜÊNCIA
60 ----- 65	10
65 ----- 70	06
70 ----- 75	07
> 75	02
NÚMERO DE FILHOS	
Não tem	02
01 ----- 05	06
05 ----- 10	09
10 ----- 22	08
ESTADO CIVIL	
Solteira	01
Casada	15
Viúva	09
RENDA MENSAL	
01 Sal. Mínimo	19
02 Sal. Mínimo	06
ESCOLARIDADE	
Não sabem ler e escrever	07
Ensino Fundamental	18
TIPO DE MORADIA	
Casa própria	25

As mulheres deste estudo apresentaram características peculiares e significativas e mostraram-se cooperativas, participativas, ativas e detentoras de uma gama de saberes, que puderam ser constatados a partir da observação participante e da convivência na prestação da assistência que se intensificou com o desenvolver da pesquisa.

3.4 Instrumentos e Procedimentos de Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada pela autora através da entrevista individual e semi-estruturada gravada em equipamento digital MP3 *player*, mediante a permissão

das entrevistadas e seguiu-se um roteiro previamente elaborado (APÊNDICE A). Posteriormente, as falas foram transcritas com a garantia da fidedignidade dos discursos verbalizados.

A entrevista é considerada uma conversa com finalidade, entre dois ou vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, com o objetivo de adquirir informações pertinentes a um objeto de pesquisa. A técnica da entrevista semi-estruturada combina perguntas abertas e fechadas e o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em pauta sem prender-se à indagação formulada (MINAYO, 2007).

Essa técnica se mostrou apropriada e contribuiu para uma melhor investigação e compreensão do universo do entrevistado, oferecendo a possibilidade de explorar, em profundidade, as experiências e vivências das idosas relacionadas à prevenção do câncer de mama.

Para a coleta dos dados, também foi utilizada a observação participante, com anotações no diário de campo. A observação participante, que tem origem na antropologia e sociologia, consiste em importante técnica de coleta das informações que acompanha a entrevista na tentativa de registrar ações, gestos, emoções manifestados durante as falas, o que não poderia ser captado de outra forma. Na observação participante, o pesquisador se coloca como investigador de uma situação social para realizar determinada pesquisa e, na medida do possível, se insere no contexto social dos indivíduos investigados (MINAYO, 2007).

Para Chizzotti (2003), na observação participante, visa-se a descrever os sujeitos em seus aspectos pessoais, particulares do local e suas circunstâncias, do tempo e suas variações, dos conflitos e a sintonia de relações interpessoais e sociais, das ações e suas significações, assim como das atitudes e comportamentos diante da realidade.

Durante a coleta dos dados, empregou-se o diário de campo para anotação do que se pôde verificar com a realização das entrevistas. De acordo com Minayo (2007), o diário de campo corresponde a um bloco de notas no qual se escreve todas as informações que não fazem parte do material das entrevistas, para tanto

deverá ser utilizado na rotina do trabalho de campo e considerado instrumento de trabalho pessoal e intransferível.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo citado Comitê de Ética em Pesquisa, foi realizado um encontro com as mulheres sujeitos do estudo, para as quais foram apresentados, de forma sucinta, a pesquisa, seus objetivos e as questões norteadoras. Nessa oportunidade, foram estabelecidos os horários e o local para a realização das entrevistas com os sujeitos que aceitaram participar da investigação.

As idosas que aceitaram participar da pesquisa foram devidamente informadas com a leitura minuciosa do termo de esclarecimento sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme já explicitado (ANEXO-B), ficando-lhes assegurado o direito à privacidade, o sigilo e o acesso aos dados. O termo de consentimento foi elaborado em linguagem acessível e de acordo as recomendações contidas na Resolução nº 196/96, do CNS / MS.

As entrevistas foram realizadas em uma sala da Unidade de Saúde São Vicente de Paula, local escolhido para a realização da coleta dos dados, durante os meses de fevereiro, março e abril de 2008, mediante o agendamento prévio e sistemático com cada uma das mulheres sujeitos deste estudo.

Os sujeitos do estudo tiveram suas identidades preservadas, ao passo que o uso e a destinação dos dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa. Além disso, como está estabelecido na referida Resolução, todos os participantes de pesquisas têm como garantia o direito de retirar sua participação em quaisquer das etapas da investigação.

3.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados mediante a Análise de Conteúdo de Bardin (1977), que permite compreender, a partir de um conjunto de técnicas parciais e complementares, a explicitação e a sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo. Foi priorizada a Análise Temática que

“funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos”. A análise temática dos conteúdos consistiu nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Esse tipo de análise permitiu a construção de categorias conforme os temas abordados nos textos (BARDIN, 1977).

A pré-análise, fase de organização propriamente dita, objetivou operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais, de forma a gerar um esquema conciso do desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise. Foi realizada em seguida a leitura flutuante do texto, baseada nas descrições de elementos da realidade simbólica, organizadas em princípios de ordem geral, na qual foram selecionadas as unidades de análise construídas com as informações narradas relevantes, a partir dos depoimentos das idosas. Com base nessa primeira leitura, surgiram intuições formuladas em hipóteses, objetivos e indicadores que fundamentaram a interpretação (BARDIN, 1977).

Em seguida, procedeu-se à codificação, que, segundo Bardin (1977), constitui na transformação, conforme regras precisas, dos dados brutos do texto numa forma de tratamento da informação contida nas mensagens, utilizando recorte ou agregação do conteúdo ou de sua expressão. Nessa etapa, os dados foram codificados a partir das unidades temáticas, saberes e práticas na prevenção do câncer de mama. É conveniente ressaltar que a codificação não se limitou ao conteúdo, relacionando-se principalmente ao tratamento da informação contida nas mensagens, correspondendo à etapa de exploração do material.

A última etapa consistiu no tratamento e interpretação dos resultados, realizada a partir da problemática da prevenção do câncer de mama na vida da mulher idosa, considerando os saberes e as práticas desses sujeitos apoiados na dialética de Paulo Freire (1980) e tomando como base os conceitos de práticas, saberes e conscientização. Para a análise e a interpretação dos dados, realizou-se o agrupamento destes em categorias temáticas, partindo da classificação dos elementos segundo suas semelhanças e suas diferenciações, reagrupando os dados em função de características comuns. De acordo com Bardin (1977), é o método das categorias, espécies de gavetas ou rubricas significativas, que permite a classificação dos elementos de uma significação constitutiva da mensagem.

4 ANÁLISE DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Com base nos relatos dos sujeitos foram elaboradas as categorias temáticas que abordam sobre os saberes e as práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer de mama a fim de responder as questões norteadoras e atingir os objetivos a que se propôs este estudo.

A partir da concepção de que todo ser humano é dotado de um saber proveniente de sua vivência, experiências e práticas cotidianas, respeitados seus preceitos culturais, sociais e econômicos, buscou-se a partir dos depoimentos das idosas, elaborar as seguintes categorias temáticas: saberes das idosas relacionados à prevenção do câncer de mama e práticas das idosas relacionadas à prevenção do câncer de mama.

Tomando por fundamentos os pressupostos teóricos, o objeto deste estudo, as questões norteadoras e os objetivos propostos, este capítulo foi embasado num detalhamento mais específico dos saberes e práticas das idosas, no intuito de instigá-las sobre a temática da prevenção do câncer de mama, a fim de atingir um maior esclarecimento, bem como aprofundar o conhecimento na prevenção dessa patologia.

4.1 Saberes das mulheres idosas relacionados à prevenção do câncer de mama

O conhecimento manifestado pelas mulheres, sujeitos desta investigação, sobre a prevenção do câncer de mama mostrou-se empírico, cotidiano e histórico, marcado por tabus, crenças, mitos e preconceitos aguçados pela desinformação, fragilidade das ações preventivas dos serviços de saúde e pelos determinantes de gênero construídos sócio-culturalmente pela população.

Esse saber empírico caracterizou-se por apresentar um conteúdo rico de importantes informações, capaz de contribuir para efetivas atitudes e cuidados em

relação a essa patologia que acomete grande número de mulheres anualmente em todo o mundo.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008c), no Brasil, o câncer de mama continua sendo a maior causa de óbitos por neoplasia na população feminina. Um dos fatores que dificultam o tratamento, com comprometimento de seus resultados, é o estágio avançado da descoberta da doença, com diminuição da sobrevida das pacientes.

Ao serem questionadas sobre a prevenção do câncer de mama, de imediato, percebeu-se que a maioria das idosas referiu-se à doença com medo e receio, expressando-se negativamente em relação a essa neoplasia, evitando inclusive pronunciar o termo “câncer”, utilizando-se de eufemismos² pejorativos: “doença velha”, “problema forte”, “aquela doença”, entre outros.

Isso revelou que o câncer é considerado uma doença perigosa, que causa muito medo vinculado, principalmente, às perspectivas do sofrimento para a pessoa que a vivencia, bem como o receio da ausência de cura. Os sujeitos expressaram, ligado a isso, a grande incidência de casos perceptíveis nas últimas décadas:

Sei que a gente adocece daquelas doenças velhas, que é muito perigoso adoecer daquela doença que dá nos seios da mulher, pois ela é um problema muito forte, eu tenho é medo né, porque parece que hoje em dia a gente ver acontecer mais... (D 03).

O que eu sei da prevenção dessa doença ai, é a gente se prevenir pra não acontecer a doença nos seios da gente, tá acontecendo tanta doença, aquela doença velha nos seios da pessoa, nos últimos tempos ta acontecendo demais... (D 13).

Notou-se também na atualidade a presença de tabus em relação à citada neoplasia, que associa o câncer de mama ao temor sofrido pelas mulheres em relação à periculosidade e incurabilidade da doença. Segundo Chauí (2000), tabu é aquilo de que não se fala, ou seja, o que é dado por garantido ou então difícil demais

² Eufemismo – do grego *euphemismós* – é o ato de suavizar a expressão de uma idéia substituindo a palavra ou expressão própria por outra mais agradável, mais polida.

de falar, pois se ditas podem somente não trazer desgraças, mas também desgraçar aqueles que as pronunciam.

Os saberes das idosas sobre a prevenção ultrapassaram os obstáculos limitadores dos significados e revelaram a possibilidade de ampliar os cuidados preventivos, graças à existência, na atualidade, de um elevado número de recursos tecnológicos disponíveis para a prevenção, o tratamento e a cura.

Eu sei que essa prevenção é pra saber se a pessoa está sentindo alguma coisa... pois, se tiver algum problema de doença, a gente se trata e fica boa... hoje em dia, tem muitos recursos, e a gente tem que ir logo pra ficar boa (D 06).

Eu sei que é assim, a gente dói os seios. Essa prevenção é pra gente se prevenir, tomar os remédios, pra fazer uma examinação, pra, se tiver começando a doença, tomar os remédios pra terminar logo, pra ficar bom logo... é isso... acho que é a pessoa fazer os exames pra descobrir logo a doença (D 22).

Esses saberes, revestidos de vivências e experiências, foram repassados, adquiridos e incorporados ao longo dos tempos de geração a geração. São provenientes do universo sócio-cultural dessas mulheres, dos conhecimentos técnicos dos serviços de saúde e das campanhas do Ministério da Saúde sobre prevenção do câncer de mama nos meios de comunicação de massa.

Eu acho que é como aquelas alunas ensinaram [refere-se aos acadêmicos de Enfermagem]... aprendi lá na palestra da igreja que o posto fez... sei que eles disseram que, se a gente sentir algum caroço, deve procurar o médico, e a gente deve fazer sempre... dar massagem no seio... (D 06).

Sei dessa prevenção do câncer de mama é como eu vejo falar, que os mais velhos falam, que a mulher tem que ter cuidado, pra evitar de acontecer a doença, no posto também eu vi a enfermeira dizendo que a pessoa tem que fazer aquele exame do peito, me deram até um papelzinho dizendo como faz né... (D 18).

A noção construída pelas idosas sobre prevenção do câncer de mama sobrevém de conceitos traçados por sua inserção social, cultural e de gênero, e

reflete as influências do meio sobre essas mulheres. Os principais meios de informação que as idosas citaram na aquisição de saberes acerca da prevenção dessa neoplasia foram: pessoas próximas, parentes, vizinhos, televisão e posto de saúde, mediante as palestras realizadas na igreja por acadêmicos de enfermagem e enfermeira da referida ESF, com orientações ao auto-exame e na presença de alterações detectáveis nas mamas procurarem imediatamente serviços médicos.

Sei que a gente adoece daquelas doenças velhas, e sei que é bom para evitar de ter essa doença... bate aquela coisa que coloca o peito em cima... uma sobrinha minha fez, mas aí ela só estava com as glândulas inflamadas... (D 03).

Se prevenir é para saber se tem algum problema na mama, dizem que é pra apalpar o seio... A patroa da minha filha desde nova que tem... tem tempo que ela melhora, mas aí gasta, gasta, mas num fica boa não, né... (D 12).

Eu acho que prevenir o câncer de mama é assim: os exames que faz, mas eu nunca fiz não, nem nunca sentir nada não... eu sei que passa na televisão, dizem pra pessoa se prevenir... (D 19).

Em relação às fontes de informação, notou-se maior clareza sobre o termo prevenção do câncer de mama nas mulheres que tinham interagido com situações ligadas tanto à prevenção como ao diagnóstico, principalmente por meio de experiência própria ou de pessoas queridas.

As mulheres que vivenciaram mesmo indiretamente as circunstâncias provenientes da adoção ou da negação das medidas preventivas expressaram um posicionamento mais concreto, quase sempre culminando com a assimilação dessas medidas, numa dissociação do biológico e do psicológico.

Entre as idosas sujeitos desta pesquisa, duas referiram experiência própria na vivência do câncer de mama. Ambas com retirada total da mama esquerda, uma há mais de quinze anos; a outra ainda se encontra na fase de seguimento. Essas

mulheres se reportaram ao câncer de mama, com sofrimento, dificuldades conjugais, financeiras e medo da morte:

...tive esse problema. Retirei meu seio esquerdo todo. O tratamento foi muito difícil. Eu tinha muitos efeitos [refere-se a efeitos colaterais] quando tomava as vacinas... os remédios que precisava comprar também era muito caro, e eu num tinha nem o marido pra me ajudar... eu sentia muito medo de não ficar boa... (D 06).

Eu tive essa doença, tive que tirar meu seio esquerdo, ainda hoje eu fico indo pra Teresina, pra me consultar com meu médico de lá a respeito desse problema no peito, eu vou sempre, tenho que ir, porque tenho muito medo dessa doença, ela é perigosa e eu tenho que tá atenta todo tempo, toda vez eu vou, peço dinheiro, passagem, mas dou meu jeito de ir, essa doença é traiçoeira... (D 08).

Para Freire (1980), todos os seres são dotados de um saber provenientes de sua vivência, experiências e de suas práticas cotidianas, o que por si só, já valida esse conhecimento, que atrelado à conscientização torna-se importante para prevenir-se e lutar contra a doença, conduzindo-as a uma clara percepção da realidade.

A conscientização é um compromisso histórico, uma consciência histórica, com inserção crítica, que implica na capacidade que os homens têm de fazer e refazer o mundo. Essa conscientização que se apresenta, em determinado momento, como um processo, deverá ser contínua, a partir da qual a realidade transformada será capaz de reconstruir-se sempre sócio, político e culturalmente (FREIRE, 1980).

Diante dos desafios que lhe apresenta o seu contexto de vida, o homem é um ser capaz de se realizar como sujeito, não somente “adaptado” à realidade e aos outros, mas “integrado”, pois essa realidade lhe exige reflexão, crítica, invenção, eleição, decisão, organização e ação (FREIRE, 1980)

A realidade sócio, política e cultural dos sujeitos deste estudo está permeada por crenças, mitos, tabus e preconceitos. Então, delimita-se a diferença entre crenças e conhecimentos. Em termos básicos, entende-se por conhecimento o que é resultado de pesquisa científica, validado a partir de fatos comprovados

empiricamente; enquanto crenças são aquilo em que se “crê”, legado de um conhecimento implícito que se carrega, não calcado na averiguação sistemática (MADEIRA, 2005).

Algumas depoentes expressaram a crença de que a realização desses exames preventivos é necessária para garantir-lhes um bom estado de saúde, independente da presença ou ausência de sinais, sintomas e/ou complicações orgânicas e mamárias:

Eu acho que esse negócio de prevenção do câncer de mama é pra gente se prevenir, se consultar, procurar recurso, saber o que a gente tem ou que não tem, ver logo se tem alguma coisa, pra se prevenir a tempo... (D 08).

Sei que prevenção do câncer de mama é se prevenir pra não acontecer a doença nos seios da gente. Está acontecendo tanta doença nos últimos tempos, é a pessoa se cuidar pra não adoecer, é a pessoa sempre ter o cuidado né... (D 13).

Outras crenças descritas foram a presença de sinais, sintomas e complicações característicos da neoplasia mamária, referida pelas depoentes como fatores atrelados ao risco de se adquirir a doença, conforme expressam os relatos a seguir:

Acho que arriscado é se não tratar logo. Chega até o ponto de morrer porque pode ser maligno o caroço, é um caroço que chamam, né? e a pessoa tem que procurar recurso logo, porque senão o caroço se desenvolve... (D 18).

Acho que perigoso é sentir dor no seio, o que eu sei dessa prevenção dessa doença é que se a pessoa sentir dor no seio tem que se tratar é logo, procurar recurso cedo... (D 21).

Nessa prevenção, outro fator pra desenvolver a doença é o nódulo inflamar e não ser um caroço benigno, e sim maligno, porque pode ser bom ou não o caroço e se for maligno é ruim pra mulher, por isso que se ver um caroço tem que ir logo pra se tratar... (D 25).

Os sinais e sintomas relatados pelas entrevistadas como fatores de risco para o câncer denotam uma deficiência no esclarecimento sobre a referido tema, reforçando a necessária implantação ou implementação de ações que visem aos esclarecimentos específicos, pois tais sinais e/ou sintomas podem já caracterizar a presença da doença, face à necessidade da procura imediata aos serviços de saúde, para diagnóstico e tratamento precoces.

Observaram-se ainda crenças de caráter mítico, a respeito da presença de um vírus no indivíduo desde o nascimento que atua como um predisponente para o câncer mamário, conforme se verifica no depoimento seguinte:

Nesse negócio de prevenção...eu acho que a pessoa já nasce é com o vírus que vem de família e pode desenvolver a doença, a qualquer momento se desenvolve... (D 23).

Notou-se com essa afirmação que apesar de haver uma relação do câncer de mama a um vírus, sobressaiu-se nessa fala a fidedignidade à importância da biologia, representado pela hereditariedade como risco para a citada neoplasia.

De acordo com Ferreira (2004), mito é uma narrativa de significação simbólica, transmitida de geração a geração e considerada verdadeira ou autêntica em determinado grupo. Também pode estar atribuída a uma forma de pensamento oposto à do pensamento lógico e científico.

Ao surgimento da neoplasia mamária foram vinculados diversos mitos, frutos da incorporação do saber popular marcados pelos conceitos e historicidade na prevenção da doença, quais foram: má higienização, o sacudir das mamas, o levantarem peso, além de referirem o ato de a criança arrotar na mama durante a amamentação como fato desencadeador da doença, conforme descrevem as entrevistas que seguem:

...às vezes, a gente pode pegar coceira nos seios e não se tratar aí pode virar a doença... acho que se inchar também pode virar a doença, tudo pode virar a doença, eu acho que coceira e inchar o seio pode virar a doença sim... (D 10).

...eu penso que a pessoa que não se banha, que não tem boa higiene pode pegar câncer de mama, porque é uma pessoa sebososa, que não tem cuidado com os seios, vai deixando, deixando aí vira a doença ... (D 14).

...dizem até que a pessoa correr demais é perigoso, porque saculeja muito os seios e pode formar a doença, porque balança demais e pode prejudicar... tudo prejudica, tudo, tudo... (D 12).

...acho que é risco pro câncer de mama é a pessoa levantar peso, porque quando levanta peso a pessoa faz muito esforço e eu acho que isso é arriscado, os mais velhos sempre dizem isso né... (D 22).

Eu acho que é arriscado virar câncer de mama é a criança arrotar no peito da mãe, enquanto ela tá dando de mamar, pois é arriscado pode virar a doença no peito da mulher... (Dep. 05)

Duas depoentes se reportaram ao ato de amamentar de forma negativa, atrelando-lhe ao aumento do risco em adquirir o câncer mamário, devido ao esforço padecido pelas mamas no processo de sucção. Contudo a maioria das idosas se referiu positivamente à amamentação, relacionando-a a uma redução do risco para a citada neoplasia, como se pode observar nestas falas:

...eu sei que arriscado dar câncer de mama é: o menino chupar muito no peito bota aquela força e às vezes prejudica a mãe, ou machucando também... às vezes, machuca, aí vira aquela glândula e pode virar a doença (D 12).

Eu sei que tem a amamentação...meus meninos nunca mamaram, e eu acho que os que mamam as mulheres adoecem menos daquela doença nos seios, as mulheres que num dão de mamar acho que tem mais chance de adoecer... (D 10).

...quando não amamenta acho que tem mais risco de adoecer de câncer de mama do que quando amamenta, eu já ouvi falar nisso e

sempre eu tive pra mim que isso é verdade, quando não amamenta eu acho que é mais perigoso de adoecer... (D 17).

Dei de mamar muito, dizem que quem não dá de mamar é que dá essas coisas no seio... acho que o risco é não dar de mamar, eu amamentei meus filhos tudinho e eles mamaram foi por muito tempo, é isso acho que risco é não dar de mamar... (D 24).

Evidenciou-se a presença de mitos sobre a elevada paridade e ao esforço produzido durante o trabalho de parto. Segundo as depoentes, esses fatores intensificariam o risco de adquirir o câncer de mama, principalmente após sucessivas gestações, conforme os relatos a seguir:

...a produção também porque quem tem menos filhos não tem o sangue muito puxado. Às vezes, acontece de o sangue ficar muito puxado com as gestações, e a pessoa se esforçar muito, aí enfraquece e pode ter o câncer na mama... (D 22).

Eu acho que quem tem mais filho tem mais chance de adoecer, porque se esforça muito, se desgasta demais e também porque puxa mais das mamas, quem tem mais criança tem que dar mais de mamar aí força mais os seios, e eu acho que isso prejudica os seios e pode até virar essa doença... (D 06).

Em suas falas, algumas idosas se reportaram à amamentação e à reprodução com negatividade, repletas de crenças míticas que se diferenciam do conhecimento científico, o qual sustenta que a nuliparidade - ausência de gestações - é descrita como fator que aumenta o risco para esse tipo de câncer. Enquanto que a amamentação deve ser estimulada pelas possibilidades em diminuir a ocorrência do câncer de mama, sendo importante no desenvolvimento da criança (BRASIL, 2006b).

Destaca-se que nos depoimentos de oito idosas sobressaiu-se o mito correlacionado ao ato de evitar pancada e machucadura na mama como forma de proteger-se contra o câncer mamário. O termo machucadura, nas manifestações das

depoentes, adquiriu sentido complementar, apresentando-se vinculado à compressão física sofrida pelas mamas nas mais variadas situações, conforme expõem estes relatos:

...às vezes, machuca os seios da mulher aí vira aquela glândula. Às vezes, a gente dorme emborcada na cama ou na rede aí imprensa os seios e pode gerar problema, pegar pancada na mama também é perigoso porque pode gerar a doença na pessoa... (D 12).

...alguma pancada no seio é perigoso ou a pessoa amassa uma glândula até sem querer aí fica inflamado e pode dar problema na mama, porque às vezes inflama e a pessoa num se cuida, então pode virar a doença né... (D 21).

...alguma pancada que pega na mama é arriscado, bater e machucar os seios também, pois andar apertada demais com o sutiã prejudica porque aperta tudo aí pode as glândulas inflamar e até virar a doença... (D 24).

Às vezes, essa doença, quando chega na gente, já é de uma vez... a gente pegar alguma pancada é arriscado, é isso, eu acho que pegar pancada nos seios da mulher é que é arriscado... (D 10).

Outra presença do mito relativo às causas da neoplasia mamária vinculou-se à ingestão de determinados tipos de comida, que as idosas atribuem serem “reimosas”, palavra utilizada pelos sujeitos no sentido de prejudicar a saúde. Os discursos seguintes traduzem as incertezas e as crenças relacionadas à alimentação:

...às vezes, a gente come tudo o que não é para comer, come todo tipo de comida reimosa e acredito que não é bom pra saúde da mulher... acho que todo tipo de comida a gente come mas não sei se é adequado... (D 11).

Risco é a pessoa comer comida reimosa, porque pode ser prejudicial pra saúde da mulher, a comida reimosa pode dar doença nos seios

da mulher, tem gente que num tá nem aí, come tudo aí prejudica... (D 13).

Os depoimentos expressaram, ainda, como importante na causalidade do câncer de mama, a crença de que a ingestão de legumes contaminados por estrume ou a passagem por cima de tais resíduos sejam fatores de risco para a doença, como evidenciam os relatos citados:

Risco pra câncer de mama pra mim é... as plantas, pois tudo é plantado em adubo, e às vezes a gente não se preocupa em lavar, e às vezes a gente come e pode ter problemas... (D 11).

...eu acho que a pessoa não pode passar por cima de estrume de animal que é perigoso, as pessoas do outro tempo sempre dizem que faz mal passar por cima do estrume de animal, porque pode virar a doença.... (D 13).

Faz-se importante acrescentar que, embora reportada com menos intensidade, também foi expressa a relação entre a causa do câncer e os usos de anticoncepcionais orais ou injetáveis e hormônio, os quais estariam associados ao risco do câncer de mama. Além disso, as idosas retrataram a relação sexual no período da menstruação como fator de risco, de acordo com estes discursos:

...também sei que o que causa essa doença nos seios são esses comprimidos e injeções que as mulheres tomam muito hoje para evitar filhos... (D 09).

...dizem que arriscado pra ter câncer de mama é quando a gente toma hormônio, esses hormônios que a mulher toma... eu já tomei hormônio, mas deixei de tomar já faz é muito tempo... (D 21).

Eu acho que arriscado pra ter câncer de mama é se a pessoa tiver menstruada e tiver relação sexual porque pode também dar problema nos seios ou no útero da mulher... (D 22).

Existe uma controvérsia na associação do uso de contraceptivos orais ao aumento do risco para o câncer de mama. Isso aponta para determinados grupos de mulheres, entre elas: usuárias de contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, as que usaram a medicação por longos períodos ou devido a seu uso em idade precoce - antes da primeira gravidez (BRASIL, 2006b).

Nesse sentido, verifica-se certa aproximação entre as crenças míticas dessas mulheres e a ciência. Pois a essência desses relatos não está a se afastar do saber científico, nem tampouco é totalmente infundada, mas até certo ponto traduz a fragilidade das ações dos profissionais que atuam nessa área, tendo em vista que muitas vezes não influenciam de forma a conduzir essas mulheres a hábitos vinculados à prevenção e não conseguem antepor nem transformar o pensamento e as crenças dessas mulheres relacionadas ao câncer mamário.

Nas falas das mulheres também foi relatado a crença de que já se nasce com a doença, e relacionado a isso o saber científico que correlaciona o câncer aos fatores hereditários. As depoentes manifestaram que essa enfermidade está intimamente relacionada à hereditariedade, que elas definem e se referem “como sendo de família”, como se percebe nestas falas:

...eu acho que tem fator de risco sim... eu também não sei se a gente já nasce é com ele... pode ser assim de família. Eu tenho pra mim que a pessoa já nasce é com essa coisa, é de criança, eu tenho pra mim, eu não sei... (D 08).

...acho que outro fator de risco pro câncer de mama é o genético, acho que passa de família, quando tem caso na família da doença eu acho que tem mais chance de acontecer com a gente... (D 18).

...a hereditariedade é fator de risco pro câncer de mama, pois a minha avó morreu de câncer, e tenho três tias que tiveram também, então tenho pra mim que a hereditariedade é um forte fator de risco... (D 20).

Eu tenho a impressão que essa doença vem de família, tem outras coisas né, mas eu também acho que é de família, né? é mais é de família (D 21).

Com esses depoimentos, se torna evidente que os sujeitos desta pesquisa são detentores de saberes, também, condizentes com o conhecimento científico, ao se reportarem, na maioria, à hereditariedade, fator identificado como potencial para aumentar o risco do câncer de mama.

A história familiar continua sendo um importante fator para o risco de desenvolver o câncer da mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau, mãe ou irmã, foram acometidas pela doença antes dos 50 anos de idade. No entanto, os casos de cânceres ligados à família correspondem à aproximadamente 10% do total de casos (BRASIL, 2006b).

Outro fator atrelado à predisposição ao câncer de mama pelas idosas foi o estresse, mencionado no discurso de muitas entrevistadas, característica singular nos depoimentos das mulheres que já haviam vivenciado a neoplasia na mama, e expressado nas mais variadas exacerbações de alterações do fator psicológico. De acordo com as idosas sentimentos de raiva, nervosismo, preocupação e sofrimento se relacionam diretamente com o câncer de mama:

Eu acho que tem fator de risco sim pra desenvolver o câncer de mama, a raiva eu acho que causa câncer de mama, uma grande raiva eu sei que pode sim gerar a doença, mas também não sei se a gente já nasce é com ele... (D 08).

Para mim, é risco, nervosismo, é isso, fator de risco pra câncer de mama pra mim é nervosismo, preocupação, essas coisas que pertubam a cabeça da pessoa e pode chegar até no ponto de virar a doença no peito da mulher... (D 11).

Eu acho que tem fator de risco pra câncer de mama sim, a preocupação é um fator de risco, o sofrimento, essas coisas sei que influenciam pra ter a doença, uma sobrinha minha foi exemplo disso, vivia preocupada, o marido dela fez ela sofrer muito, aí no deu outra, não teve jeito... (D 25).

A elevada mortalidade da população feminina se deve principalmente ao câncer, que, em grande parte, está associado às mudanças de hábitos,

correlacionadas ao estresse, produtos do estilo de vida do mundo moderno, contribuindo diretamente na incidência da citada patologia (BRASIL, 2006b).

Nesse sentido, os saberes destinados à detecção precoce são fundamentais na prevenção, por permitir melhor prognóstico para as mulheres já acometidas pelo câncer de mama, além de possibilitar custos mais baixos em face da descoberta da doença em estágios iniciais, com tratamentos menos mutilantes. Deve-se ressaltar também que esses saberes estão ligados à redução nas taxas de mortalidade pela referida patologia.

Diógenes, Rezende e Passos (2001) ressaltam a essencialidade do diagnóstico precoce do câncer de mama, a qual se associa diretamente na maioria dos casos a uma maior sobrevivência das pessoas acometidas pela doença. O estágio pré-invasor dessa patologia pode durar de meses a anos, com relevâncias para intensificação das ações de detecção, especialmente nas mulheres consideradas como de maior risco.

Nessa relação da prevenção do câncer de mama e a detecção precoce, mediante a realização de exames preventivos, sobressaiu-se, nos depoimentos das idosas sobre os saberes, o auto-exame das mamas. No entanto, sempre utilizaram os termos “apalpar”, “pegar” e “massagear as mamas” à procura de caroços. Poucas depoentes acrescentaram a caça à dor:

Se prevenir do câncer de mama pra mim é para saber se tem problema na mama, dizem que é pra apalpar o seio pra ver se tem caroço, que a gente deve fazer a massagem pra ver se encontra alguma coisa... (D 12).

Sei que prevenção é fazer exames, pegar nos seios quando vai banhar, quando vai se deitar, fazer a massagem para ver se encontra algum caroço ou se sente alguma dor quando a gente tá massageando... (D 25).

É interessante retratar que, apesar de não utilizarem o termo auto-exame, as idosas, consideravelmente de imediato, o vincularam a uma forma de detectar precocemente o câncer da mama. No entanto, na maioria, houve uma ligação desse exame à procura de nódulos. Para Ferreira (2004), nódulo é uma palavra que

provém do latim, originária de nodulu, que significa nó pequeno, nozinho, em termos gerais é uma denominação genérica de massa muito pequena de tecido.

Os sintomas palpáveis do câncer de mama são nódulos ou tumores mamários, acompanhados, ou não, de dor no seio e/ou nódulo axilar. Podem surgir alterações na pele da mama como abaulamento, retrações ou aspecto similar à casca de uma laranja que também devem ser observados na realização do auto-exame (INCA, 2008b).

Essa ligação entre o câncer de mama e a presença de nódulos também ficou evidenciada no estudo, desenvolvido por Muller (2005) “A prática do auto-exame em mulheres de uma comunidade universitária”, que demonstrou um saber acerca do câncer de mama de 98%, e destes, 53% o definiram como um nódulo, e 79% identificaram-no como maligno. Ressalta-se que em relação aos saberes na prevenção do câncer de mama, houve a semelhança de tal medida à mamografia e ao exame clínico, relatado por poucas idosas:

Sei que pra prevenção do câncer de mama é sempre fazer uma mamografia, que é aquele exame que a mulher faz, sei também que é sempre fazer os exames para ver se tem nódulo... (D 23).

Sei que a gente tem que fazer a prevenção de vez em quando para ver se encontra caroço, se encontra a doença, sei que têm que fazer o exame da mamografia, eu fiz em junho do ano passado... (D 17).

Sei que as pessoas aparecem com aquele nódulo nos seios. Entendo por se prevenir não deixar acontecer aquela doença. Entendo que fazer a prevenção do câncer de mama é pegar nos seios e deixar o médico fazer o exame da mama... é se apalpar e se olhar (D 10).

Mamografia é o exame de escolha para detecção precoce do câncer de mama, pois permite mostrar lesões ainda muito pequenas, em fase inicial. O exame clínico das mamas, quando realizado por profissional treinado, pode detectar tumor de até um centímetro, se superficial (INCA, 2008b).

Muitas mulheres unificaram a mamografia ao auto-exame das mamas, como relevantes para a descoberta da doença ainda em sua fase inicial:

Dizem que é o exame chamado mamografia, aí é que se sabe se a pessoa tem, ou não, a doença... e também a pessoa apalpar, mexer pra saber se tem alguma coisa... se a pessoa encontra um caroço é porque tem alguma coisa (D 12).

Eu sei que tem aquele que coloca o seio na máquina pra saber... eu já fiz pois, se der alguma coisa no exame, toma o remédio para matar a doença, pois pode se prevenir antes mesmo da doença aparecer pra gente ou depois que ela apareceu, tem também o de apalpar os seios... (D 21).

Sobre os exames, eu sei da mamografia... toda vez que vou banhar, eu apalpo os seios. Também deitada, eu faço o de apalpar para saber se tem caroço, se tem alguma coisa... (D 23).

O auto-exame e a mamografia foram bem citados por parte das idosas, o que torna um fator favorável, em especial, por ser a mamografia o exame de escolha no país para detecção da neoplasia mamária, devido à sua capacidade para ajudar a reduzir a mortalidade no país. Já o auto-exame das mamas deve ser incentivado como exame complementar, portanto não pode substituir nem a mamografia, nem o exame clínico.

O auto-exame e o exame clínico foram referidos por duas mulheres, numa declaração de cumplicidade desses dois exames para detecção da doença, é o que expõe o relato a seguir:

Nesse negócio de prevenção do câncer de mama, lembro só do exame da gente se apalpar e do que a doutora faz também, pra ver se encontra alguma coisa (D 16).

Quanto ao exame clínico, foi baixo o conhecimento desse exame por parte das idosas, o que denota deficiência no atendimento às idosas por parte dos

serviços e/ou profissionais de saúde, pois a assistência à saúde da mulher preconiza o exame clínico como parte do atendimento integral, em todas as consultas femininas.

O exame clínico das mamas é recomendado com periodicidade anual para todas as mulheres. A partir dos 40 anos de idade, deve ser feito por médico ou enfermeiro treinado para essa ação e visa à identificação de alterações na mama ou a avaliação de sintomas referidos pelos próprios pacientes (BRASIL, 2006b).

O auto-exame e a mamografia foram atrelados pelas idosas aos saberes acerca da prevenção do câncer de mama, de forma isolada, em poucas situações, como demonstram as seguintes falas:

Desses exames de prevenção aí, sei que tem a mamografia, que é aquela chapa que bate do peito da mulher, aí mostra pra doutora e ela sabe o que é e então passa o remédio e a gente fica boa (D 03).

Dos exames de prevenção do câncer de mama, só o exame que sei é esse de a gente pegar nos seios e amassar pra ver se encontra alguma coisa, vendo se acha alguma coisa diferente... (D 05).

O auto-exame da mamas não deve ser utilizado isoladamente como forma de detecção precoce, no entanto ajuda a mulher a conhecer seu próprio corpo e na identificação de alguma alteração, deverá imediatamente procurar atendimento com um profissional de saúde (BRASIL, 2006b).

A mamografia, no rastreamento de mulheres assintomáticas, é recomendada para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade, com intervalo máximo de dois anos entre os exames. Esse exame corresponde à radiografia da mama, que permite a detecção precoce do câncer de mama por ter capacidade de mostrar lesões muito pequenas, ainda em fase inicial. (BRASIL, 2006b).

Os estudos sobre sua efetividade sempre utilizam o exame clínico como adicional, tornando difícil sua utilização como estratégia isolada para a detecção da referida doença Acrescenta ainda que sua sensibilidade variam de 46% a 88%, dependem do tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário,

qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista (BRASIL, 2006b).

Observou-se que apenas reduzida parcela das mulheres se recordou da ligação do auto-exame ao exame clínico à mamografia, o que demonstra a necessidade de continuar investindo na divulgação de informações preventivas relacionadas à importância da prática da complementaridade desses três tipos de exames, a fim de se atingir um maior contingente feminino, em particular das idosas.

O auto-exame é recomendado como estratégia complementar às ações de detecção precoce do câncer de mama, pois, apesar da sua importância dados do Inca comprovam que ele não é eficiente para o rastreamento da doença e não contribui para a redução da mortalidade. (BRASIL, 2006b).

O exame clínico permite identificar cânceres de mama palpáveis num estágio precoce da evolução. Na presença de anormalidades, indicam-se exames complementares. As técnicas de realização desse exame preconizam a inspeção visual, a palpação das mamas e dos linfonodos axilares e dos supraclaviculares. Esse exame deve fazer parte do atendimento integral à saúde da mulher e necessita ser feito em todas as consultas femininas, independente da faixa etária (BRASIL, 2006b).

É conveniente ressaltar que o MS, por meio do INCA, responsável pelo controle do câncer de mama no país, enfatiza a adoção das medidas de detecção precoce por meio da prevenção secundária, face à ausência de redução da mortalidade pela propagação da prevenção primária, principalmente pela interferência das variações dos fatores de risco e das peculiaridades genéticas do indivíduo que se encontram submersas na etiologia da neoplasia mamária (INCA, 2008c).

Foi comum encontrar nas falas das depoentes a assimilação de fatores relacionados a outros tipos de cânceres ou de doenças crônicas não transmissíveis, comuns na velhice, como coadjuvantes para o aparecimento do câncer de mama, tais como: fumo, drogas, café em excesso e sal:

Sei que é fator de risco pra ter câncer de mama... é comer alguma coisa, tipo gordura e sal, doce também, frutas azedas, álcool, fumar,

tomar muito café, tudo isso acho que pode prejudicar a mulher... (D 16).

A OMS recomenda, para a prevenção primária do câncer de mama, o estímulo a hábitos saudáveis, a prática de atividade física regular, manutenção do índice de massa corpórea abaixo de 30kg/m² e não ingestão de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2000a).

A obesidade segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) constitui um fator de risco geral, que deve ser combatido, mediante emprego de ações que visem à promoção à saúde e à prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, e não especificamente como uma conduta isolada à prevenção do câncer de mama (BRASIL, 2006b).

Acrescenta-se que muitas depoentes se referiram à prevenção do câncer de mama de uma forma mais abrangente, o que não deixa de ser apreciável e que geralmente se enquadra na prevenção primária:

Fator de risco é não se prevenir, se sentir logo e não procurar um posto de saúde para saber o que tem, ...de descuido da pessoa, de não procurar o médico pra fazer umas consultas... (D 18).

Fator de risco é esconder a doença, não se prevenir, não fazer os exames pra saber se tem alguma coisa, é isso, arriscado pra ter câncer de mama é esconder a doença... (D 20).

Fator de risco pra mim é quando a pessoa não se cuida direito, não presta atenção, é nunca fazer os exames para saber o que está acontecendo por dentro, não se cuidar... (D 23).

Muitas idosas se reportaram aos fatores de risco para a citada neoplasia, numa maior amplitude, com referências a aspirações de práticas de saúde que visem a alcançar uma vida mais saudável. Certas expressões vinculavam a ausência

de determinadas ações com o aumento do risco para a doença, como: não ir ao médico, não fazer prevenção, não se cuidar, esconder a doença, e que se afunilavam com a ausência da realização de exames.

Para Silveira (2003), a prevenção corresponde a ações de caráter primário e genérico, tais como a redução da suscetibilidade das pessoas às doenças, as melhorias das condições de vida e a educação sanitária, contudo se dá também por meio da detecção precoce das doenças, da instalação do tratamento adequado e das atividades que visem a minimizar suas conseqüências.

Conforme Smeltzer e Bare (2002), a prevenção primária preocupa-se com a redução dos riscos de câncer em pessoas saudáveis, evitar carcinógenos conhecidos ou adotar estilos de vida e de dieta são alguns exemplos aceitos conforme comprovação por estudos epidemiológicos e laboratoriais. A prevenção secundária busca o diagnóstico precoce e a intervenção imediata para conter o processo canceroso.

É conveniente ressaltar que apesar das idosas expressarem uma gama de saberes relevantes na prevenção do câncer de mama, uma delas relatou desconhecer esse tema, conforme depoimento a seguir:

Não entendo nada sobre prevenção de câncer de mama não, não entendo nada não, tenho visto falar, mas não entendo não. Vi falar, mas não sei de nada não (D 02).

O desconhecimento apontado por esta entrevistada denota a fragilidade e ineficácia na atenção básica, especialmente, nas ações de educação em saúde dirigidas à mulher e nos cuidados preventivos com as mamas que parecem contribuir para a falta de adesão aos programas de prevenção, embora o MS, por meio do Instituto Nacional do Câncer - INCA, orientado pelas diretrizes norteadoras do SUS e do PAISM, preconize a atenção à mulher em todos os níveis e durante todo ciclo vital, destacando a prevenção do câncer de mama como uma ação prioritária para o controle da referida patologia no Brasil (INCA, 2008c).

Também foram muitas as idosas com pouco conhecimento técnico em relação aos exames de detecção do câncer de mama. Duas idosas se reportaram erroneamente aos exames laboratoriais, duas disseram que sabem ter exames para detectar a doença da mama, porém não sabem especificá-los, e duas senhoras referiram ausência de conhecimento no referido tema. Como pode ser evidenciado em algumas falas a seguir:

...tem os exames que a pessoa faz para ver se dar câncer no seio ou não, tem aqueles que tira sangue, fezes, urina... então faz o exame e se tiver alguma coisa dar... (D 23).

Eu acho que tem sim os exames para descobrir essa doença, agora eu não sei quais são, eu sei que deve ter os de descobrir a doença nos seios sim, mas eu num sei qual é não ... (D 19).

Esses exames de câncer de mama sei não, não sei de nada desses exames... sei de exames não... (D 02).

Assim sendo, fortaleceu-se, haver uma lacuna no conhecimento sobre a citada temática pela baixa referência à complementaridade dos três exames de detecção precoce. Soma-se a isso o total desconhecimento desses procedimentos por muitas delas, constatando falha na assistência prestada, uma vez que os exames de detecção devem fazer parte da rotina do atendimento à saúde das mulheres, em especial, na velhice.

O conhecimento expresso pelas depoentes evidenciou que a prevenção não depende somente dos profissionais de saúde e/ou dos meios de comunicação de massa, mas também de atitudes e de iniciativas por parte das próprias mulheres, que devem associar seus saberes suas vivências e experiências aos conhecimentos técnicos e científicos para então conscientizar-se e refletir criticamente sobre a sua própria realidade.

4.2 Práticas das idosas relacionadas à prevenção do câncer de mama

A partir dos relatos, verificou-se que as práticas das idosas desta pesquisa sobre a prevenção do câncer de mama foram permeadas por crenças, religiosidade, preconceitos e questões de gênero, refletidos através dos aspectos políticos, sociais, culturais e caracterizados pela historicidade desses sujeitos, que apresentaram pouca ou nenhuma adesão às medidas preventivas recomendadas pelos órgãos e profissionais de saúde.

Ao articular as práticas e os saberes descritos sobre a prevenção da neoplasia mamária, evidenciou-se que nos saberes e nas práticas das idosas, sujeitos deste estudo, foram marcantes as influências culturais, a partir de suas crenças e mitos. Isso revela que muitas vezes os conhecimentos apreendidos pelas idosas se refletem em suas práticas, definindo sua adesão às medidas preventivas.

O termo “práticas” adquire diversos sentidos, de acordo com o que se pretende focar. Neste estudo, prática assume o sentido de tomada de decisão para executar determinada ação, ou seja, de acordo com Marinho (2003) se reflete sobre uma problemática em concreto e suas causas subjacentes, buscando identificar suas implicações e desenhar planos de ação.

Nas análises, relacionou-se a exacerbação da singularidade da idosa ao tempo cronológico, expressão advinda de parâmetros arraigados culturalmente, centrados na submissão ou na luta dessas mulheres com a idade, legado também influenciada pelo gênero e por sua inserção social, conforme descrevem estes relatos:

Nesse negócio de prevenção eu não me preocupo mais não, nem nessa de prevenir a doença no peito, porque a idade já chegou mesmo, então não preciso mais me preocupar com isso (Dep. 06).

Eu acho que esse negócio de prevenção é pra gente novo, principalmente dessa doença do peito, porque ainda precisa deles pra dar de mamar e pra outras coisas... [risos] (Dep. 06).

O envelhecimento feminino é norteado por práticas constitutivas de pensamentos associados a preconceitos e questões de gênero. Esses pensamentos permeiam e se refletem nas práticas dessas mulheres, as quais acreditam que em decorrência de sua idade, não se faz necessária a prevenção do câncer de mama.

Nesse sentido, Camarano (2003), ao reportar-se ao envelhecimento feminino, enfatiza o fato de que a sociedade o relaciona a fatores como último estágio da vida, improdutividade, morbidades, viuvez, mudanças ocorridas na aparência física, dentre outros fatores.

É muito comum nas falas das idosas reportarem-se a seu tempo como passado, demonstrando certa negação existencial, que se instala com mais clareza em relação à sua sexualidade ou à sensualidade:

...as pessoas que dizem a respeito disso... eu nunca tive problema com isso não... no meu tempo, não tinha isso; nos dias de hoje, é que, sabe né, precisa fazer a prevenção. É a pessoa fazer o exame para ver se tem alguma coisa por dentro, para poder tomar o remédio e ficar boa... é o que eu penso se não cuidar pode virar doença... nessa idade, eu não me preocupo não. As pessoas novas é que é arriscado adoecer pois tem um namoro diferente...[risos], eu num preciso mais não, pois sou uma pessoa só... (D 15).

Hoje eu nem me preocupo com isso, porque meus seios não têm mais serventia, então nem me importo mais, eu já estou velha mesmo, num chamo mais atenção, então nem me importo... (Dep. 03).

A partir desses depoimentos, constatou-se que as idosas se referem a seu tempo como retrógrado, o que fortaleceu sua negação enquanto pessoa e, principalmente, enquanto mulher, pois evidenciou-se um descuido intencional com suas mamas. Ficou clara nessa fase da vida a desvalorização para com essa parte do corpo, para a qual é vinculada a sua importância apenas na juventude. De acordo com essas mulheres as mamas, outrora símbolo de sensualidade e de sexualidade, perdem suas funções com a velhice.

Além disso, a ausência de práticas preventivas do câncer de mama não é característica peculiar à fase idosa, os relatos descrevem que na juventude algumas

mulheres também não utilizaram medidas de precaução, conforme seguem os discursos:

Nunca fiz exames nenhum. No tempo de nova, não tinha essas coisas não, nem estória de prevenção, de exame de mama, de colesterol. Eu tenho é vergonha, hoje em dia essas mulheres tudo aí, sei não... (D 16)

Agora é tanta doença, mas a bíblia diz que no fim dos tempos ia aparecer tanta doença que a pessoa não sabe nem o que é. Nunca fiz nenhum tipo de exame. Pra que fazer exame já tou no fim da vida mesmo. Eu nunca nem me apalpei... pra que mesmo? (D 12).

Eu nunca fiz exames. “Já não dou mais de mamar, não tenho mais seio, não tenho mais nada que pertença a homem...” então agora mesmo é que não preciso mais fazer nada (D 01).

Por hora, eu não faço nada pra mim prevenir do câncer de mama não, nem precisa mesmo. Eu vivo só, eu num faço nada pra me prevenir não, num fazia nada nem no tempo de nova, Imagine agora... (D 14).

As idosas demonstram desinteresse para com as medidas preventivas, as quais não atuaram em suas práticas nem na juventude e nem tampouco na velhice, justificando-se através da incompreensão de tais ações e do papel negativo atribuído a essa fase da vida.

A ausência de medidas de precaução pode ser justificada pela falta de informações e orientações por parte dos profissionais de saúde que venham a intervir de forma positiva nas ações dessas mulheres desde a sua juventude. Muitas vezes esses profissionais não valorizam as crenças, a cultura e a vivência dessas mulheres e em conseqüência não conseguem sensibilizá-las e conduzi-las a mudança de comportamentos e atitudes.

Observa-se também a presença marcante do gênero incorporada pelos sujeitos da investigação, as quais correlacionam à necessidade das práticas preventivas acerca da citada neoplasia somente a mulheres que ainda vivenciam

vida sexual e reprodutiva ativas. A velhice se configura, nesse contexto, como fator dispensável e aceito para a não-adesão às medidas de prevenção do câncer de mama.

Outro fato notório sobre as práticas preventivas, refere-se ao desprendimento das mulheres deste estudo para com a causa da doença, expressado pela ausência da adesão às práticas de prevenção em relação ao câncer de mama, sob a alegação de impotência frente à vontade de Deus:

A presença e a interferência de Deus representam a religiosidade e estiveram também presentes em muitos depoimentos, como forma de gratidão a essa divindade superior, pela proteção proferida às idosas contra a doença, conforme relatos a seguir:

...algum carço deve procurar o médico, e a gente deve fazer sempre, dar massagem nos seios. Não sei mais o que eu diga porque até agora não sentir nada, graças a Deus (D 04).

Não faço nada, porque só acontece quando Deus quer e quando ele quer não tem jeito, por isso eu nem me preocupo de fazer nada, porque depende mesmo é da vontade de Deus... (D 01).

Esses depoimentos expressam a conformação dessas idosas, as quais se reportaram à doença como uma decisão divina, fato este que dificulta a adesão às medidas preventivas e se contrapõe ao diálogo libertador de Freire (1980), ao abordar as relações que o homem estabelece com o seu mundo, criando, recriando, e decidindo, o que conduz a dinamização.

Ao dinamizar o mundo o homem, que se torna agente transformador, por meio de suas práticas e de seu universo sócio cultural e histórico, cria a cultura, definida por Freire (1980) como a aquisição sistemática crítica e criadora da experiência humana, não como uma justaposição de informações armazenadas na inteligência e na memória, e não “incorporadas” no ser total e na vida plena do homem.

Deve-se ressaltar que parte dos sujeitos desta investigação embora se mostrasse passiva com conseqüente desvalorização da prevenção do câncer de

mama na velhice, outras idosas se revelaram atuantes e ativas capazes de transformar a sua realidade enquanto sujeito dentro do seu contexto, a partir da incorporação de práticas, recriadas com base nas suas vivências e experiências.

Essas mulheres demonstraram serem aptas a se desenvolver conscientemente e apresentaram um forte potencial para enfrentar os desafios que lhes são impostos, com a capacidade de reflexão e transformação da realidade, rompendo com preconceitos e paradigmas atrelados à velhice feminina.

Assim, as mulheres que vivenciaram o diagnóstico do câncer mamário, apesar de expressarem sentimentos negativos em relação à patologia, retrataram de forma positiva a luta pela superação dessa doença, demonstrada pela força em ultrapassar todos os obstáculos, a decisão interior da vitória, promulgada pela cura, advindas da enorme força de vontade de viver:

...tenho cuidado comigo mesmo, se tem que acontecer é porque aconteceu mesmo, se eu adoeci é porque tive que adoecer mesmo... eu não meço esforços para fazer o tratamento e acompanhamento em Teresina, nunca fiquei sem ir a nenhum retorno, nem que tenha que ir no fim do mundo, pedir, mas vou... eu não meço esforços... vou mesmo... se acontecer alguma coisa, não é por falta de cuidado (D 06).

... Eu sofri muito com essa doença, passei por muitas dificuldades, de dinheiro, pois tudo precisa de dinheiro, também não tinha nem um marido pra me ajudar, senti muito medo, pois é uma doença muito ruim, muito forte, muito perigosa, a pessoa tem medo de não conseguir vencer, mas tive fé e superei tudo, ia direto pra Teresina fazer minhas consultas direitinho, depois foi diminuindo as viagens e pronto, agora custo é muito ir, faz é tempo que não vou, mas sempre tenho cuidado com os meus seios (D 08).

Essas entrevistadas já haviam vivenciado o câncer de mama e todos os desafios e conseqüência que essa patologia acarreta para a imagem da mulher, desde a redução da auto-estima até o medo da morte. E demonstraram serem mulheres fortes, com determinação interior da cura, que persistiram em todas as etapas do tratamento apesar das enormes dificuldades encontradas adquirindo bons resultados.

O saber sobre a prática se revelou desencadeador de maiores resultados, tendo em vista que houve uma maior assimilação do tema pelos sujeitos que vivenciaram o câncer de mama, pois ainda que se reportassem negativamente à patologia, em sua prática demonstravam serem mulheres decididas, com possibilidades de enfrentar a realidade e inserir-se nela transformando-a.

Essas idosas, a partir da aquisição do câncer de mama, puderam refletir sobre seu caráter de mulheres em situação, na medida em que foram desafiadas a atuar. De acordo com Freire (1980, p. 33) “quanto mais refletirem de maneira crítica sobre sua existência, e mais atuarem sobre ela, serão mais homens”.

As mulheres que se deparam com o diagnóstico de câncer experimentam uma variedade de emoções, estresses e aborrecimentos, principalmente pelo medo da morte, interrupção dos planos de vida, perda da auto-estima, mudanças da imagem corporal, do estilo de vida e financeiro, o que acarreta tristeza e desânimo, características de uma experiência assinalada por sentimentos ambivalentes de sofrimento e luta pela sobrevivência (BRASIL, 2006b).

A adoção de condutas preventivas leva a considerar essas idosas como sujeitos de sua própria história, com capacidades e potencialidades para atuarem efetiva e positivamente sobre as elevadas taxas de incidência do câncer mamário, com base em sua conscientização. Segundo Freire (1980), nessa conscientização é essencial o ato ação-reflexão, pois essa unidade dialética constitui permanentemente o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens.

Nesse processo de transformação da realidade em que se encontram inseridas as idosas, é essencial a perspectiva de novas descobertas sobre os fatores de risco para o câncer de mama, bem como o conhecimento daqueles já existentes, o que poderá possibilitar intervenções mais específicas, junto à população alvo.

De acordo com as depoentes, observou-se a correlação do surgimento do câncer de mama com diversos fatores de risco, inclusive, aqueles que marcam suas crenças e mitos, conforme evidenciam as falas que seguem:

Eu sei que tem chance sim de adoecer desse câncer de mama, por isso é que eu presto atenção, não levanto peso, não trabalho demais, pra não forçar.. e também eu não durmo emborcada para não machucar os seios (D 22).

Pra me prevenir do câncer de mama eu evito é pegar pancadas nos seios, pois eu acredito que as pancadas podem gerar a doença, por isso que sempre tenho cuidado pra nunca pegar pancada nos meus seios ...” (D 03).

Pra me prevenir do ter câncer de mama eu tenho cuidado de não pegar pancada e machucadura nos meus seios, pois eu creio que isso é perigoso e pode gerar a doença, eu evito de pegar pancada e machucadura sempre... (D 06).

Eu me previno de ter o câncer de mama sim, só uso sutiã para sair porque apertada. Em casa, eu tiro logo porque machuca as glândulas dos seios da gente... é um negócio apertado, e eu acho que prejudica também (D 09).

Destaca-se que o evitar esforços físicos, pancadas e/ou machucaduras nas mamas foi uma prática de prevenção aderida de forma regular e freqüente, expressa nos depoimentos de nove depoentes, as quais apreendem saberes ligados a crenças e mitos que passam a influenciar sobre sua realidade e refletem em suas práticas cotidianas.

Neste estudo, houve uma concordância da prevenção do câncer de mama ao uso de remédios caseiros e aos prescritos pelos profissionais de saúde. No entanto, a utilização dessa medicação sempre esteve relacionada à presença de uma complicação na mama. Em consonância, a essas práticas, evidenciou-se a ausência do uso de hormônios, conforme explicitam os discursos seguintes:

Eu tenho o cuidado de me prevenir, eu presto atenção, faço tudo direitinho, sempre tomo os remédios que o médico passa, porque se não fizer direito nunca vai ficar boa... (D 08).

Faço sim, eu me previno sim, eu passo os remédios pra dor nos seios, às vezes fica com os seios doidos aí eu passo o remédio pra essas dor, aí a dor some... (D 21).

Eu tomo muito remédio caseiro, pois eu acredito que aquilo dali cura, o pessoal velho sempre diz que é bom tomar e o que eu mais me previno é com a água da ameixa, pois ela é muito boa, eu me dou muito bem com ela, cura qualquer inflamação mesmo... (D 23).

Sim, me previno do câncer de mama sim, eu não tomo hormônio, já tomei um tempo, mas não tomo mais já faz é tempo, eu acredito que esses hormônio prejudica os seios da gente, é arriscado de adoecer... (D 17).

Outra crença que permeou as medidas preventivas dessas mulheres relaciona-se à higiene pessoal e dos alimentos, ainda que se observe com menos freqüência, ocorreu de forma contínua e regular. Atrelada a essa medida, verificou-se a preocupação de não usarem roupas de outras pessoas, conforme os relatos:

Eu me previno de ter o câncer de mama sim, ..hoje, eu me zelo muito, sempre tenho higiene, sempre tou limpinha, porque acho que a pessoa tendo higiene evita às doenças... (D 09).

Faço, só mesmo tenho cuidado com a limpeza das coisas pra comer, porque a comida tem que ser bem tratada, eu sempre lavo tudo antes de comer... (D 14).

Me previno sim, dizem que é arriscado pra ter essa doença de mama é usar as roupas alheia, eu acredito que prejudica mesmo, ...eu não visto roupa de ninguém para não pegar., .. eu tenho cuidado todo o tempo,... (D 22).

Contudo, apesar de uma boa higiene pessoal e alimentar ser necessária e fundamental para a prevenção de diversos problemas de saúde, evidencia-se a ausência de estudos que relacionem essas medidas higiênicas à prevenção do câncer de mama.

Ao abordar sobre a relação entre alimentação e medidas preventivas da neoplasia mamária, sobressaíram-se relatos focalizando saberes que se refletiram nas práticas dessas idosas, as quais declararam não ingerir alimentos considerados “reimosos”. Faz-se importante destacar que grande parte das mulheres relatou a adesão freqüente e cotidiana, evitando comidas como: pimenta, camarão, peixe, caroço de frutas, farinha, carnes fritas e frango:

...eu tenho cuidado por exemplo de não engolir caroço de fruta, que o pessoal antigo diz que se gera a doença no peito. Eu também não como pimenta porque tenho medo... também da pessoa não comer muita farinha, não como gordura, carne frita e frango também... (D 03).

A gente tem que defender para não pegar a doença, não comer reimoso... camarão... tem uns peixes reimosos e a gente não come para não dar câncer de mama... (D 04).

Ainda em relação à alimentação, foram observadas práticas que revelam as marcas culturais que permeiam orientações quanto aos hábitos alimentares saudáveis. Ficou evidenciada nos relatos como medida preventiva da neoplasia mamária, a restrição a comidas oleosas regularmente, por duas depoentes:

Me previno sim, ...eu tenho cuidado, as comidas o povo diz que tem umas que pode gerar a doença né, aí eu me previno, não como, por exemplo, da pessoa não comer muita farinha e não como gordura... (D 03).

Faço prevenção, me previno, porque num faço nada que dizem que faz mal, to sempre atenta, não descuido não,...eu tenho dieta... não fumo, não como oleoso... (D 22).

A alimentação pobre em gordura é ideal para prevenção de doenças, porém não corresponde à medida preventiva específica do câncer de mama. Contudo, é válido considerar a preocupação alimentar mediante a decisão da adoção de práticas no processo preventivo, com o reconhecimento crítico da realidade por parte dessas idosas, enquanto sujeitos transformadores de suas ações.

Atrelado a ingestão de comidas saudáveis, destaca-se uma dieta regular livre de bebidas alcoólicas, citada por duas idosas. É interessante ressaltar que tal conduta foi adotada pelas idosas que também se preocupavam em evitar o fumo, como expressam os relatos a seguir:

O que eu faço pra me prevenir dessa doença é que eu não bebo, não fumo, não faço nada disso, nunca faço, então acho que desse jeito eu já tou me prevenindo... (D 16).

Faço, pra me prevenir do câncer de mama eu não bebo, as pessoas dizem que é arriscado adoecer quem bebe né, então eu nunca bebo, também num fumo, porque também dizem que faz mal (D 11).

Observa-se que a adesão à não ingestão de bebidas alcoólicas configura-se como importante medida de prevenção, tendo em vista que, segundo dados do INCA (2008b), a ingestão regular de álcool, mesmo que em quantidade moderada corresponde a fatores de risco para a referida patologia.

A partir dos relatos apresentados, constatou-se a presença marcante das crenças, mitos e experiências nas práticas preventivas do câncer de mama, o que reforça a essencialidade em se valorizar os aspectos culturais que orientam as ações das idosas. Segundo Silveira (2003), há uma utilização em larga escala do termo prevenção, porém com pouca utilização nas ações. Além disso, acrescenta as dificuldades das relações com modelos e padrões de reconhecimento e de valorização dos aspectos culturais.

Ligadas às crenças e mitos, originaram medidas de prevenção como: auto-exame das mamas, exame clínico e mamografia. Deve-se ressaltar, nesse sentido, que de acordo com as recomendações apresentadas pelo INCA (2008c) as formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama são o exame clínico e a mamografia, sendo o auto-exame indicado apenas como uma medida complementar.

Dentre as práticas preventivas proferidas pelas depoentes, sobressaiu-se o auto-exame das mamas, citada por quase metade das mulheres entrevistadas. É importante lembrar que dessas entrevistadas, metade o realizavam de forma regular.

Em relação a essas mulheres, muitas se referiram exclusivamente à prática do auto-exame, como medida adotada para a prevenção da referida enfermidade. Contudo, enfatiza-se que, mediante alterações mamárias, a vincularam à procura aos profissionais de saúde.

...pra mim prevenir eu faço as massagens todo dia pra saber... a gente faz olhando para o espelho e se sentir qualquer caroço já está no risco... mas tem dia que não me lembro de fazer a massagem... (D 04).

...só esse exame de pegar nas maçãs do peito e ver se tem algum caroço, faço esse auto-exame de vez em quando... me deito na cama e reparo se tem algum lugar duro, se dói... faço uma ou duas vezes no mês e, às vezes, no banho também me pego (D 05).

Faço só esse de me apalpar, mas num lembro muito de fazer não, é difícil eu me apalpar pra ver se tá doído, só de vez em quando que eu faço, é muito difícil eu fazer esse exame de me apalpar (D 16).

Faço o auto-exame, eu me apalpo para ver se tem alguma coisa, só isso mesmo, mas só faço de vez em quando, na hora do banho e, às vezes, quando me levanto também (D 07).

A prática do auto-exame das mamas, ainda que tenha sido referida por uma considerável parcela pelas entrevistadas, era realizada, conforme ressaltaram os relatos, de forma irregular e esporádica.

Nessa perspectiva, relacionado ao fato de que essa foi uma medida bastante ressaltada pelos sujeitos em se tratando de precaução, deve-se afirmar que essa prática do auto-exame das mamas demonstra a importância em estimular a adoção de tal conduta e reforçar informações referentes à frequência e periodicidade indicado por órgãos e profissionais competentes.

O auto-exame é uma boa estratégia de detecção do câncer de mama, considerando que até 90% dos casos de câncer de mama são detectados pelas próprias mulheres (BRASIL, 2006b).

Entretanto, o INCA (2008b) não estimula a prática isolada desse exame como estratégia de detecção precoce do câncer de mama. Evidências científicas sugerem que este exame utilizado de forma isolada não é eficiente para o seu rastreamento e não reduz a mortalidade feminina pela citada doença. Sendo assim, não deve substituir o exame físico realizado pelo profissional médico ou enfermeiro qualificado. A recomendação é que o auto-exame integre as ações de educação em saúde para o conhecimento do próprio corpo pela mulher.

Nesse enfoque, torna-se relevante acrescentar que o auto-exame esteve atrelado ao exame clínico e à mamografia, de acordo com os relatos apresentados por quatro sujeitos deste estudo. Entretanto, somente metade dessas depoentes referiu-se à sua prática regular, o que denota além da pouca ligação do auto-exame a outras medidas de prevenção, esta não se caracterizar como uma precaução regular e cotidiana.

Pra me prevenir eu faço o auto-exame das mamas sempre que me banho, eu sempre tenho o cuidado de fazer e também tem o exame das mamas que o doutor faz toda vez que vou me consultar em Teresina (D 08).

Pra me prevenir eu sempre procuro fazer a mamografia. Faço esse de me apalpar sempre e a mamografia faço uma vez no ano, e esse de me apalpar faço uma vez ou mais no mês, quando lembro sempre faço... (D 17).

Pra me prevenir desse câncer de mama... [pensativa] eu fiz a mamografia, agora estava com uns três anos que eu não me apalpava, nem me lembrava de fazer esse de se apalpar, a gente nem se lembra (D 20).

Em relação ao auto-exame, destaca-se que dentre as depoentes somente uma senhora se referiu à prática desse exame relacionado a outras duas medidas de detecção precoce, quais sejam: o exame clínico e a mamografia, como uma conduta adotada de forma freqüente e regular.

Pra me prevenir eu faço o auto-exame das mamas, a mamografia e o exame que a ginecologista faz no momento da consulta. Eu faço esses sempre, sempre faço, nunca esqueço... (D 25).

Estudos apontam que a melhor época para a realização do auto-exame é logo após a menstruação. Para as mulheres que não menstruam mais, o auto-exame deve ser feito num mesmo dia de cada mês. Essa medida, que corresponde as etapas de inspeção, palpação e expressão mamilar, permite identificar as deformações ou alterações no formato das mamas, abaulamentos ou retrações, feridas, caroços nas mamas ou axilas e/ou secreções pelos mamilos.

Contrapondo a relevante prática do auto-exame, observou-se a mamografia evidenciada por uma reduzida parcela das investigadas, demonstrada ser uma medida pouco utilizada pelas mulheres sujeitos deste estudo, como se evidencia nos depoimentos:

Pra me prevenir desse tipo de câncer eu faço sim a mamografia, eu já fiz a mamografia duas vezes, está com três anos que fiz, depois disso nunca mais fiz... (D 23).

Me previno do câncer de mama sim, nunca tinha feito nada não, mas agora a pouco eu fiz, fiz a mamografia, eu fiz essa semana, ainda nem fui buscar o resultado... (D 20).

Esse exame foi citado como prática preventiva isoladamente por poucas depoentes, mostrou-se como ação pouco freqüente e fragmentada, com ausência da regularidade, o que se torna um agravante para a saúde feminina, visto ser este o método de escolha brasileiro para detecção precoce do câncer de mama. Evidencia-se uma defasagem na assistência à saúde da mulher, principalmente em relação às idosas, pois a realização da mamografia deve ser freqüente e regular.

A mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial. É realizada em parêlo de raio X apropriado, denominado mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a

fornecer melhores imagens, e, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. O desconforto provocado é discreto e suportável (INCA, 2008b).

A baixa adesão das depoentes à mamografia acentuou-se na prática do exame clínico, que apesar de se mostrar freqüente e regular, foi citado por poucas entrevistadas, quase sempre associado às mulheres que já haviam vivenciado o diagnóstico do câncer. Tal achado também corroborou com o saber acerca do citado tema.

Pra prevenção do câncer de mama eu faço o exame dos seios que o médico faz toda vez que vou me consultar, ele apalpa meus seios e ver se tenho alguma coisa... (D 06).

Pra me prevenir do câncer de mama eu faço o exame que a ginecologista faz na hora da consulta, ela apalpa os meus seios pra ver se encontra alguma alteração... (D 25).

A partir dessas falas depreende-se a baixa realização do exame clínico das mamas das idosas pelos profissionais de saúde, ao passo que a realização dessa conduta está quase diretamente relacionada ao acompanhamento dos casos de câncer de mama, contrariando as expectativas dos programas de saúde da mulher, cuja prática deve ser encarada como rotina no atendimento feminino, incluindo as idosas.

Outra medida de precaução adotada pelas idosas refere-se às consultas médicas regulares e freqüentes. No entanto, essa ação se restringiu apenas às duas depoentes que vivenciaram o câncer de mama, conforme se descreve a seguir:

Sim, me previno sim, faço consultas regulares com o médico do São Marcos, faço o exame dos seios que o médico faz toda vez que eu vou me consultar... sempre faço, regularmente, tenho cuidado comigo mesma... (D 06).

Faço prevenção sim. Agora mesmo vou para Teresina me consultar com o médico. Depois que eu tive esse problema na mama, ia me

consultar de mês em mês, depois de dois em dois... até que passou de três em três anos... quando eu vou... faz o exame das mamas... (D 08).

Com base nos discursos dos sujeitos, observou-se uma correlação entre as práticas de consultas regulares e o acompanhamento clínico das vítimas do câncer de mama. Essa correlação se manteve também, assim como da realização do exame clínico dos seios pelo profissional qualificado para o atendimento.

Um grave determinante é a ausência total da adoção de medidas preventivas para a citada patologia pelas idosas, conforme relatos, de quase metade das mulheres sujeitos desta investigação.

Faço esse negócio de prevenção de câncer de mama não, porque não sei, não sinto nada nos meus seios, nunca senti nada, então não precisa fazer nada (D 02).

Faço não, faço nada não, não faço nada pra me prevenir de câncer de mama não, eu tenho medo, mas não faço nada não (D 13).

Uma pessoa na minha idade nem se preocupa, nessa idade eu não me preocupo não, nunca fiz exame nenhum, nunca fiz nada pra me defender do câncer de mama... (D 15).

Isso revela que embora saberes e práticas estejam interligadas na adoção de condutas preventivas e ainda que esses sujeitos sejam detentores de diferentes saberes, vivências e experiências nem sempre irão adotar condutas preventivas com relação ao câncer mamário.

Nesse sentido, deve-se continuamente procurar na intenção de evitar o acometimento das idosas, a uma experiência marcada pelo câncer de mama, despertá-las para a conscientização, enquanto sujeitos ativos capazes de transformar a sua própria realidade e adotar práticas de prevenção da citada patologia, no intuito de promover um autocuidado, maior longevidade com melhor qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das categorias temáticas, elaboradas com base nos relatos dos sujeitos deste estudo – saberes das idosas relacionados à prevenção do câncer de mama e práticas das idosas relacionadas à prevenção do câncer de mama – pode-se responder às questões norteadoras e atingir os objetivos a que se propôs a pesquisa. As análises possibilitaram a autora a descrever os saberes e práticas de um grupo de 25 mulheres idosas relacionados à prevenção do câncer de mama e analisar a articulação que se dá entre essas práticas e saberes e sua adesão às medidas preventivas.

Observou-se que ao se expressarem em relação ao câncer de mama, as idosas evitavam inclusive pronunciar o termo “câncer”, utilizando-se de eufemismos pejorativos: “doença velha”, “problema forte”, “aquela doença”. Essa forma negativa de se manifestarem sobre a doença evidenciou inicialmente que os saberes e práticas caracterizam-se por tabus, crenças, mitos e preconceitos frutos da relação dos sujeitos com o seu meio social e cultural.

Os saberes e práticas dos sujeitos da pesquisa encontram-se permeados por vivências e experiências repassadas, adquiridas e incorporadas ao longo dos tempos de geração a geração, que ultrapassam os obstáculos limitadores dos significados e revelam a possibilidade de ampliar os cuidados preventivos.

Na categoria que focou “os saberes das idosas relacionados à prevenção do câncer” de mama evidenciou-se que os sujeitos são detentores de um saber empírico, histórico e cotidiano, rico de importantes informações. E embora marcado por tabus, crenças, mitos, preconceitos e questões de gênero, esse saber se mostra capaz de contribuir para efetivas atitudes e cuidados em relação ao câncer de mama, patologia que acomete grande número de mulheres anualmente em todo o mundo.

Destaca-se, porém que apesar de se evidenciar a presença constante de mitos como a má higienização, o ato de sacudir as mamas e levantar peso, criança arrotar na mama durante a amamentação, ingestão de comidas “reimosas” ou contaminadas por estrume, a passagem por cima de tais resíduos, dentre outros, os

sujeitos desta pesquisa são detentores de saberes, que também são condizentes com o conhecimento científico, ao se reportarem, na maioria, à hereditariedade, fator identificado como potencial para aumentar o risco do câncer de mama.

Nos relatos que se sobressaíram o medo e o receio em relação à doença revelam que o câncer é considerado uma doença perigosa, que amedronta principalmente em relação às perspectivas do sofrimento para a pessoa que a vivencia, bem como o receio da ausência de cura. Contudo foi apontado positivamente à existência do elevado número de recursos tecnológicos disponíveis para a prevenção, o tratamento e a cura da doença.

Os principais meios de informação citados para a aquisição de conhecimentos sobre a prevenção da doença foram: pessoas próximas, parentes, vizinhos, televisão e posto de saúde. Entretanto, percebe-se maior clareza sobre o termo prevenção do câncer de mama nas mulheres que havia interagido com situações ligadas tanto à prevenção como ao diagnóstico, principalmente por meio de experiências pessoais ou de pessoas queridas. Esse fato aponta para a idéia de que o saber fruto da experiência em sua inserção social e cultural se mostra mais determinante em suas práticas do que a transmissão unilateral de informações.

Depoimentos em que os saberes das idosas estiveram marcados pelas crenças que relacionam negativamente os sinais e sintomas já característicos da neoplasia mamária ao aumento do risco em adquirir a doença e atrelam à causa da doença a presença de um vírus desde o nascimento revela a fragilidade das ações preventivas dos serviços de saúde, tendo em vista que muitas vezes não influenciam de forma a conduzir essas mulheres a hábitos vinculados à prevenção e não conseguem antepor nem transformar o pensamento, os saberes e as crenças dessas mulheres relacionadas ao câncer mamário.

Assim sendo, fortaleceu-se, haver uma lacuna no conhecimento sobre a citada temática, seja pela baixa referência à complementaridade dos três exames de detecção precoce, acentuado com o total desconhecimento desses procedimentos por muitas delas, constatando falha na assistência prestada, uma vez que os exames de detecção devem fazer parte da rotina do atendimento à saúde das mulheres, em especial, na velhice.

O desconhecimento apontado pelas entrevistadas diante da prevenção e das possíveis causas da doença denota a fragilidade na atenção básica, especialmente, nas ações de educação em saúde dirigidas à mulher e nos cuidados preventivos com as mamas que parecem contribuir para a falta de adesão aos programas de prevenção.

Nesse sentido, vale ressaltar a importância da autoconscientização por parte das próprias idosas, que passará a atuar como fator indispensável na agregação do saber empírico, proveniente do seu espaço sócio-cultural ao conhecimento científico, promulgado por profissionais de saúde e meios de comunicação de massa, a fim de atuarem ativamente na propagação das medidas de prevenção do câncer de mama e interferir positivamente em sua realidade a cerca do citado tema.

É importante destacar que apesar das idosas expressarem uma gama de saberes relevantes na prevenção do câncer de mama, incorre a necessidade de maior preparo na assistência prestada a essa clientela, através da descrição dos saberes relacionados à complementaridade dos três exames de detecção precoce. O depoimento de uma idosa que referiu desconhecer a citada temática intensificou a pouca adequação da assistência.

Em relação às Práticas das idosas relacionadas à prevenção do câncer de mama, marcadas por crenças, religiosidade, preconceitos, questões de gênero e mitos, verificou-se que estas são resultados de influências culturais, o que denota que os conhecimentos apreendidos pelas idosas se refletem em suas práticas, interferindo na adesão das medidas preventivas.

O tempo cronológico esteve atrelado aos depoimentos das idosas, que se reportaram a seu tempo como passado, culminando com negação existencial, especialmente em relação à sua sexualidade e sensualidade. A ausência de práticas preventivas foi referida por algumas idosas desde a juventude. E em decorrência da religiosidade que esteve presente desde o desprendimento e gratidão a Deus, potencializando ausência da adesão às práticas de prevenção.

O evitar esforços físicos, pancadas e/ou machucaduras nas mamas foi uma prática de prevenção aderida de forma regular e freqüente. O uso de remédios caseiros e os prescritos pelos profissionais de saúde e a ausência do uso de

hormônios estiveram relacionados à presença de complicações na mama. Ressalta-se também relatos de medidas de higiene pessoal e dos alimentos que ocorreram de forma contínua e regular, bem como a não utilização de roupas de terceiros.

Neste estudo, as práticas de adesão às medidas preventivas que são frutos da inserção social, política e cultural dos sujeitos denotam a essencialidade de maiores reflexões sobre a assistência à mulher idosa, pois os exames de detecção que devem fazer parte da rotina dessas idosas durante seu atendimento nos serviços de saúde muitas vezes deixam de ser realizados por falta de informação ou subjugados pelas questões de gêneros e preconceitos das próprias idosas.

A ausência de medidas de precaução pode ser justificada pela falta de informações e orientações por parte dos profissionais de saúde que venham a intervir de forma positiva nas ações dessas mulheres desde a sua juventude. Muitas vezes esses profissionais não valorizam as crenças, a cultura e a vivência dessas mulheres e em conseqüência não conseguem sensibilizá-las e conduzi-las a mudança de comportamentos e atitudes.

E com isso, neste estudo ressalta-se a prevenção não depende somente dos profissionais de saúde e/ou dos meios de comunicação de massa, mas também de atitudes e de iniciativas por parte das próprias mulheres, que devem associar seus saberes suas vivências e experiências aos conhecimentos técnicos e científicos para então conscientizar-se e refletir criticamente sobre a sua própria realidade

Em outras palavras, deve-se destacar que a pouca adesão às medidas de prevenção evidencia a necessidade de reflexões sobre suas práticas por parte dessas mulheres, enquanto sujeitos ativos, dentro de sua unidade dialética, com historicidade, a partir da necessidade de um reconhecimento crítico-reflexivo de sua realidade, na busca de uma posição utópica frente à citada patologia.

A reflexão e conscientização são fundamentais no papel dos profissionais e serviços de saúde, os quais devem continuamente respeitar e agregar o saber popular ao conhecimento científico, a fim de adquirir maiores parcerias e aceitação por parte das classes locais.

Nessa conjuntura, verifica-se que além do interesse deste estudo em despertar as idosas à conscientização na prevenção da neoplasia mamária, outra contribuição aponta para a relevância dos profissionais da ESF, em especial, enfermeiros, junto à referida temática, tanto na área assistencial quanto nas atividades educativas, principalmente nas ações dirigidas à mulher e idosa.

REFERÊNCIAS

AREOSA, S. V. C. O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? **Rev virtual textos & contextos**, Porto Alegre, Ano 3, n. 3, p.1-12, dez. 2004.

BARBOSA, M. A. *et al.* Saber popular: sua existência no meio universitário. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 715-719, nov/dez. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 7. Lisboa, 1977.

BRASIL. Decreto n.1948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a lei n. 8.842 de 4 de janeiro de 1994. *In: Coletânea de legislação e jurisprudência*, São Paulo:1660p. 1657-1660, 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**, Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Falando sobre câncer de mama**. 1. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde / Instituto Nacional do Câncer, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **Implantando o Viva Mulher- Programa Nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama**. 1. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde / Instituto Nacional do Câncer, 2000b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil-2000**, 2002a.

_____. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil -2000**, 2002b.

_____. **Breves notas sobre a mortalidade no Brasil no período 2000 – 2005**. 2006.

_____. Ministério da República. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Brasília-DF.

_____. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro: Secretaria de Atenção à Saúde/ Instituto Nacional do Câncer, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília-DF.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 1. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** 1. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia / Fundação Nacional de Saúde, 2009.

BRITO, C. M. S.; BEZERRA, F. M.; NERY, I. S. Conhecimento e prática do auto-exame de mamas por enfermeiras. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.57, n.2, p. 161-164, mar/abr. 2004.

BRITO, C. M. S.; NERY, I. S.; TORRES, L. C. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.60, n.4, p. 387-390, jul/ago. 2007.

BUDÓ, M.L.D.; SAUPE, R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.57, n.2, p. 165-169, mar/abr. 2004.

CALEFFI, M. Doenças da mama. *In*: DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 431-438.

CALIRI, M.H.L.; ALMEIDA, A.M.; SILVA, C.A. Câncer de mama: a experiência de um grupo de mulheres. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.44, n.3, p. 239-247, jul/ago/set. 1998.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, vol. 17, n. 49, p. 35-63, set/dez. 2003.

CARVALHO, M.V.B.; MERIGHI, M.A.B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Rev. latino – americana de enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 6, p. 951-959, nov. / dez. 2005.

CARVALHO, E.C.; TONANI, M.; BARBOSA, J.S. Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.51, n. 4, p. 297-303, out/nov/dez. 2005.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 1ª ed. São Paulo: Ática, 2000.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003

DIÓGENES, M.A.R.; REZENDE, M.D.S.; PASSOS, N.M.G. **Prevenção do câncer - atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ginecológica, aspectos éticos e legais da profissão**. 2ª ed. Fortaleza-CE: Pouchain Ramos, 2001.

DOMINGUES, M.A.; QUEIROZ, Z.P.V. Atitudes, mitos e estereótipos relacionados ao envelhecimento e a sua influência no atendimento domiciliar. *In*: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. – 1 ed. São Paulo. Atheneu, 2000. p. 79- 84.

FELTEN, B. S. *et al.* **Geriatría e gerontología**. Tradução Carlos Henrique Cosendey. Revisão técnica Ana Karine Ramos Brum. Rio de Janeiro: Reichmann & autores editores, 2005. p. 131-41.

FERNANDES, A.F.C.; RODRIGUES, M.S.P.; CAVALCANTI, P.P. Comportamento da mulher mastectomizada frente às atividades grupais. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.57, n. , p. 31-34, jan/fev. 2004.

FERNANDES, W. R. ; SIQUEIRA, V. H. F. . Cinema e relações de gênero: ouvindo mulheres idosas - Educação, Cultura e Conhecimento da contemporaneidade. *In*: Reunião Anual da Anped, 29, 2006, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ABEP, 2006. p. 1-16.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0**. Editora Positivo, 2004.

FIGUEIREDO, M.L.F.; TYRRELL, M.A.R. O gênero (in)visível da terceira idade no saber da enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.57, n.6, p. 679-682, nov/dez. 2005.

FRASSON, A. et al. Lesões mamárias não-palpáveis: quando não biopsiar? **Rev Bras Mastol**, São Paulo, v.9, p. 7-14, 1999.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. Trad. kátia de Mello e Silva. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

GIGLIO, A.; IYEYASU, H. Câncer de mama. *In*: LOPES, A.; IYEYASU, H.; LOPES, L. F.; ALMEIDA, E. S.; CASTRO, R, M. R. P. F. **Oncologia para a graduação**. 1 ed. São Paulo, Tecmedd, 2005, p. 285-294.

GUEDES, M.V.C.; SILVA, L.F.; FREITAS, M.C. Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 662-665, nov/dez. 2004.

GODINHO, E.R.; KOCH, H.A. O perfil da mulher que se submete à mamografia em Goiânia – uma contribuição a “Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama” **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 2-6, maio / jun. 2002.

GONÇALVES, V. L. M.; LEITE, M. M. J.; CIAMPONE, M. H. T. A pesquisa-ação como método para reconstrução de um processo de avaliação de desempenho. **Cogitare em Enfermagem**, Curitiba – PR, v. 9, n. 1, p. 50-59, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama: Viva Mulher**. Rio de Janeiro, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2006 – incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2008 – incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2008a.

INCA disponível em http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336. 2008b. Data de acesso 10/07/08.

INCA disponível em http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama-Viva Mulher. 2008c. Data de acesso 10/07/08.

LEI Nº 11.709, DE 19 DE JUNHO DE 2008. **DOU** 20.06.2008. Dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de março de 2008. Disponível em: http://www.portalbrasil.net/salariominimo_2008.htm Acesso em: 10 abr. 2009.

LINARDI, A.G.; MACEDO, A.S.; MACHADO, F.A.S. Avaliando a assistência de enfermagem no combate ao câncer de mama em Barbalha-CE. **Rev. técnico-científica de enfermagem**, Curitiba-PR, v.1, n., p. 22-30, jan/fev. 2003.

MADEIRA, F. Crenças de professores de Português sobre o papel da gramática no ensino de Língua Portuguesa. **Linguagem & Ensino**, Pelotas- RS, v. 8, n. 2, p. 17-38, jul/dez. 2005.

MARINHO, L. A. B. *et al*/ Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.5, p. 576-82, out. 2003.

MARTINS, M. T. S. L. Apesar de. demos a volta por cima, um estudo sobre o empoderamento de mulheres idosas. **Rev Ártemis**, João Pessoa-PB, n. 4, p.13, jul. 2006.

MATTOS, F. B. *et al*. Gênero e as percepções das pessoas na terceira idade. **Psico**, Porto Alegre, n.2, p. 83-106, jul/dez. 1998.

MEDEIROS, L.C.M. **As plantas medicinais e a enfermagem - a arte de assistir, de curar, de cuidar e de transformar os saberes [tese de doutorado em enfermagem]**,2001. 164f. tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

MENKE, C.H. *et. al*. Aconselhamento genético no câncer de mama. **Rev Bras mastol**, São Paulo, v.4, n.10, p. 201- 205, abr. 2000.

MÜLLER, M.C. *et al*. A prática do auto-exame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária. **Rev Psico-USF**, v.10, n.2, p. 185-190, jul/dez. 2005

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**, 8ª ed, Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 2004.

MINAYO, M.C.S(org).; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

MOTTA, A. B. **Geração, “A Diferença do Feminismo”**. *In*: Simpósio Internacional., I. O Desafio da Diferença – Articulando Gênero, Raça e Classe; 2000, Salvador-BA, Disponível em: < <http://www.desafio.ufba.br/gt7-001.html>> . acesso em: 29 jun 2007.

NASCIMENTO, S.R.; PRADO, M.L. O agir comunicativo na construção do conhecimento em Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 237-240, mar/abr. 2004.

NEGREIROS, T. C. G. M. Sexualidade e gênero no envelhecimento. **Alceu**, Rio e Janeiro, v.5, n.9, p. 77-86, jul/dez. 2004.

OLIVEIRA, É. A.; PASIAN, S. R.; JACQUEMIN, A. A vivência afetiva em idosos. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.21, n.1, p. 68-83, mar. 2001.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Salud de las personas de edad: envejecimiento y salud: un cambio de paradigma**. Washington (DC): OMS; 1998.

PARAHYBA, M. A. Desigualdade de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. *In*: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, XV., 2006, Caxambu **Anais eletrônicos...** Caxambu: ABEP, 2006. Disponível em:<http://www.abep.nepo.uncamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_272.pdf>.

Acesso em: 30 jul. 2007.

PEIXOTO, C. De volta às aulas ou De como ser estudante aos 60 anos. *In*: VERAS R. (Org.). **Terceira idade: Desafios para o terceiro Milênio**. Rio de Janeiro. Relume – Dumará, 1997.

PEREIRA, T. M. F. R. A. Histórias de vida de mulheres idosas - um estudo sobre o bem-estar subjetivo na velhice. *In*: Centro de Educação Tecnológica do Rio Grande do Norte, 2005, Natal **Resumos**. Disponível em: <<http://www.cefetrn.br/pesquisa/teses-e-dissertacoes/historias-de-vida-de-mulheres-idosas-2013-um-estudo-sobre-o-bem-estar-subjetivo-na-velhice/>>; acesso em: 29 jun 2007.

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

RICCI, M.D.; PINOTTI, M.; PINOTTI, J. A. Perspectivas da ultra-sonografia na detecção e diagnóstico do câncer de mama. **Rev Ginecol & Obstet.**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 156-160, jul/set. 2000.

ROBBINS, S.L. **Patologia estrutural e funcional**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.6, p. 1027-1034, NOV/DEZ. 2005.

ROZEMBERG, B. O saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. **Cad saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, suppl. 1, p. S97-S105, out. 2007.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre a Ciência**. 13. ed. São Paulo: HUCITEC, 1985.

SANTOS, L. H. S. **Biopolíticas de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)**. 2002. 281f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2002.

SCHIMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. Aplicando Evidências em Decisões Clínicas: Conceitos de Epidemiologia Clínica. In: DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 45-56.

SILVEIRA, M. L. Família, cultura e prevenção. In: Seminário Sobre cultura, saúde e doença, [2000], Londrina. **Anais...** Londrina: [s.n.], 2003. p. 171-182.

SILVESTRE, A. S.; COSTA NETO, M. M. Abordagens do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio-junho. 2003.

SMELTEZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução de Catarina Salvador da Motta. 8ª ed. 2v, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: editora Cortez; 2005.

UNIKOVISKY, M.A.R. A educação como meio para vencer desafios impostos aos idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n.2, p. 241-243, mar/abr. 2004.

VERAS, R. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (orgs.) **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Interciência. 2004.

VERAS, R. P. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro. Textos sobre Envelhecimento. **UnATI/UERJ**, Rio de Janeiro, v.6, n.1: p 43-59, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005. **WHOQOL: Measuring quality of life**. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/en/>. Acesso em: 11 de dez. de 2008.

APÊNDICE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Caracterização do sujeito

Identificação:

Idade:

Número de filhos:

Estado civil:

casada solteira viúva união estável outros

Renda econômica mensal:

abaixo de um salário mínimo 1 salário mínimo 2 salários

3 salários acima de 3 salários

Nível de escolaridade:

analfabeta ensino fundamental

ensino médio ensino superior

Tipo de moradia:

Casa própria casa alugada casa de terceiros outros

2. Questões

O que sabe sobre prevenção do câncer de mama?

O que sabe sobre os fatores de risco para o câncer de mama? E sobre os exames de detecção para a referida patologia?

Faz algo para prevenir-se do câncer de mama? O quê? Qual a frequência?

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ANEXO A - Carta Enviada à Secretaria Municipal de Saúde de Parnaíba-PI

Parnaíba, 13 de janeiro de 2008

Sra. Secretária Municipal de Saúde,

Vimos, por meio deste, solicitar de V.S^a. autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **Os Saberes e As Práticas de Mulheres Idosas na Prevenção do Câncer de Mamas**, na Unidade Estratégia Saúde da Família, PSF São Vicente de Paulo, Módulo 09, localizada na rua c, s/n, bairro São Vicente de Paula, Parnaíba-PI.

A referida pesquisa é parte dos requisitos exigidos para a conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí e será desenvolvida pela mestranda: Cleidiane Maria Sales de Brito, sob a orientação da Professora Doutora Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho e co-orientação da Professora Doutora Maria do Livramento Fortes Figueiredo.

O Projeto da Pesquisa encontra-se em anexo, e as pesquisadoras assumem o compromisso de fornecer à Secretaria Municipal de Saúde os resultados obtidos.

Considerando a relevância e a viabilidade do estudo, colocamo-nos à inteira disposição de V. S^a. para eventuais esclarecimentos nos endereços e telefones citados no Projeto.

Certas do deferimento da presente solicitação, formulamos protestos de elevada estima e consideração.

Cordialmente,

Mestranda Cleidiane Maria Sales de Brito

Professora Doutora Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho

Professora Doutora Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Ilma. Sr^a. Dr^a. Ilvanete Tavares Beltrão

M.D. Secretária Municipal de Saúde de Parnaíba-PI

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROGRAMA DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar, ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por Cleidiane Maria Sales de Brito. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (86) 3215.5564.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: *Os Saberes e As Práticas de Mulheres Idosas na Prevenção do Câncer de Mama.*

Pesquisadora Responsável: Cleidiane Maria Sales de Brito.

Telefone para contato: (86) 9922.8174.

Pesquisadores Principais:

Prof^a. Dr^a. Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho

Prof^a. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo

Telefone para contato: (86) 9405.2374

♦ Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que objetiva descrever os saberes e as práticas de um grupo de mulheres idosas, atendidas em unidades de Saúde da Família, sobre a prevenção do câncer de mama, no município de Parnaíba-PI, bem como analisar a articulação dos saberes e das práticas da

mulher idosa sobre a prevenção do câncer de mama e sua adesão às medidas de prevenção.

♦ Não há benefício direto para o participante. Os benefícios serão provenientes do estudo interativo entre pesquisador e pesquisado acerca da prevenção do câncer de mama, do qual podem resultar práticas adequadas e confiáveis na prevenção da referida patologia, junto às mulheres idosas. Somente no final do estudo, poderemos concluir a presença de algum benefício.

♦ Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho, que pode ser encontrada no endereço: Av. Petrônio Portela - Campus Universitário, 1204, bairro Ininga, 3215-5862. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, no endereço Rua Marcos Parente, 1204, bairro Fátima, Teresina-PI, Pró-Reitoria de Extensão e Pós-Graduação, CEP 64.048-070, pelo telefone (86) 3215-5564.

♦ Caso concorde em participar do estudo, seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, o Comitê de Ética independente e os inspetores de agências regulamentadoras do Governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

♦ A pesquisa é uma dissertação de mestrado que terá a coleta de dados em fevereiro, março e abril de 2008, com término previsto para o período de um ano, sendo que o participante terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

♦ Nome e assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG: _____,
CPF: _____ Prontuário: _____, Matrícula: _____

abaixo assinado, concordo em participar do estudo, Os Saberes e as Práticas de Mulheres Idosas na Prevenção do Câncer de Mama, como sujeito. Fui suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o referido estudo. Eu discuti com a pesquisadora Cleidiane Maria Sales de Brito sobre minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o estudo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/assistência/tratamento neste Serviço.

Parnaíba, ___ de ___ de 2008.

Nome e assinatura do sujeito ou responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

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](#)