

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ – UNIVALI**

**IVONE ISABEL MOSER**

**MODELOS DE AÇÃO EM SAÚDE: OBSTÁCULOS E POTENCIALIDADES À PREVENÇÃO  
E PROMOÇÃO DA SAÚDE - UMA ANÁLISE SOBRE CÂNCER DE PELE**

**Itajaí (SC), 2010**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**IVONE ISABEL MOSER**

**MODELOS DE AÇÃO EM SAÚDE: OBSTÁCULOS E POTENCIALIDADES À PREVENÇÃO  
E PROMOÇÃO DA SAÚDE - UMA ANÁLISE SOBRE CÂNCER DE PELE**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Mestrado Profissionalizante em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, como exigência parcial e final para obtenção do título de Mestre em Gestão de Políticas Públicas/Profissionalizante.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria José Reis

Co-orientador: Msc. Sérgio Januário Saturnino.

**Itajaí (SC), 2010**

**IVONE ISABEL MOSER**

**MODELOS DE AÇÃO EM SAÚDE: OBSTÁCULOS E POTENCIALIDADES À PREVENÇÃO  
E PROMOÇÃO DA SAÚDE - UMA ANÁLISE SOBRE CÂNCER DE PELE**

Essa dissertação foi julgada como aprovada para a obtenção do título de mestre em Gestão de Políticas Públicas e aprovada pelo mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Universidade do Vale do Itajaí, centro de Educação de Itajaí.

Área de concentração: Gestão em Políticas Públicas

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria José Reis  
Orientadora

---

Prof<sup>o</sup> MSc Sérgio Saturnino  
Co-orientador

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Maura Seleme  
Membro

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Flávio Ramos  
Membro

***A exposição interrogada conquista primeiro o território da emoção, depois o palco da lógica e em terceiro lugar, o solo da memória. Quem determina o tamanho da resposta é o tamanho da dúvida (CURY, 2003)***

## ***Dedicatória***

Somente um homem  
saberá dizer o que  
sinto neste momento.

A alegria  
compartilhada pelo  
início do curso, as  
angústias que  
permearam seu  
desenvolvimento, o  
medo de não poder  
chegar ao seu fim.  
Meu marido: Curisco.  
Amo você.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a oportunidade de aqui estar e contemplar os mistérios e a dádiva da vida, representada neste momento pelos meus três filhos, cada um com suas características próprias:

- **Guilherme**: obstinado, decidido, firme; ensinou-me a nunca desistir; e que eu sempre seria capaz de atingir qualquer objetivo que eu traçasse e perseguisse.
- **Leonardo**: reflexivo, tranqüilo, intelectual; ensinou-me a desejar; desejar sempre mais do que aquilo que já achava que já era o suficiente em minha carreira.
- **Felipe**: amoroso, brincalhão, parceiro; ensinou-me a não me sentir só, me fez perceber que mesmo quando os filhos crescem e saem de casa, eles continuam sendo as nossas crianças.

A meus Pais; Paulo Moser (in memoriam) tenho plena certeza do seu orgulho e do tamanho do sorriso que hoje esta em seu rosto; Ivone Maria Rieke Moser, de alguma maneira eu sei que você sabe o que eu quero te dizer.

A minha Irmã Angela, por fazer novamente parte da minha vida, e por ter de certa forma despertado em mim a vontade de conhecer melhor o ser humano.

Ao meu professor, amigo e orientador Sérgio Januário Saturnino. Mestre por titulação, contudo educador por natureza, paciente, muitas vezes tendo que usar mais que vários exemplos para que eu pudesse compreender aonde ele queria que chegássemos, porém sem nunca deixar de acreditar que eu seria capaz de lá chegar. Seu entusiasmo pelo trabalho, bem como suas contribuições, nunca imposto permitiu-me desenvolver a pesquisa com confiança e autonomia. Se cursar um mestrado significa mudanças expressivas na totalidade de um aluno; Sérgio: quero que tenha a certeza: você conseguiu realizá-las em mim.

A coordenação do mestrado, na pessoa de Adriana Rosseto, o meu muito obrigado pelo seu senso de justiça, dignidade e pela forma como conduz o nosso mestrado.

Aos médicos depoentes Portugueses e Brasileiros, que se dispuseram a participar da pesquisa e sem os quais este trabalho não seria possível, não poderia deixar de mencionar, vocês foram audaciosos em darem seus depoimentos, pois infelizmente outros tantos não tiveram a mesma coragem.

A todos os meus alunos da pós-graduação em Fisioterapia Dermato Funcional, por proporcionarem grandes debates sobre o tema que escolhi para esta dissertação, e a duas alunas em especial, Mirian Feller; com sua simplicidade, bondade e honestidade me acompanhou em todos os momentos desta trajetória, e também a aluna Tanise kreibich, a filha que eu não tive.

Ao meu chefe; Dr. Tadeu Nicoletti, o que seria de mim sem suas broncas e o seu carinho durante os últimos vinte anos?

Como ter certeza de que não serei ingrata ao deixar de citar nome por nome de todos que participaram desta jornada? Esta dúvida sempre me acompanhará.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** representação numérica do índice de ultravioleta em sua intensidade..... 80



## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> ANDREA VESALIUS.....	44
<b>FIGURA 2</b> RENÉ DESCARTES.....	45
<b>FIGURA 3</b> LINHA DO TEMPO REPRESENTATIVA DA IMPLANTAÇÃO DA MEDICINA NO BRASIL.....	47
<b>FIGURA 4</b> ÍNDICE ULTRAVIOLETA NA DATA DE 04/12/2009.....	81
<b>FIGURA 5</b> INTERPRETAÇÃO DOS DADOS DA FIGURA 4.....	82
<b>FIGURA 6</b> CAPACIDADE DE PENETRAÇÃO DOS RAIOS SOLARES AO NÍVEL DA PELE.....	83

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Comparação entre Promoção e prevenção e saúde.....	53
<b>Quadro 2</b> - Comparação entre paradigma tradicional e paradigma emergente.....	54
<b>Quadro 3</b> - Demonstrativo da classificação de pele de Fitzpatrick adaptada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia.....	68
<b>Quadro 4</b> - Mitos e fatos relacionados à exposição solar.....	85
<b>Quadro 5</b> – Caracterização dos participantes.....	87

## **LISTA DE SIGLAS**

**ANVISA** - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

**CPTEC** - Centro de Previsão do Tempo e Estudos Climáticos

**IBCC** - Instituto Brasileiro de Controle do Câncer

**IDH** - Índice de desenvolvimento humano

**INCA** - Instituto Nacional do Câncer

**INPE** - Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais

**I-UV** - índice ultravioleta

**PNPCC** - política Nacional de prevenção e controle do câncer (PNPCC)

**PSA** - Teste Antígeno Prostático Específico

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde

**R-UV** - Radiação Ultra Violeta

**R-UVA** - Radiação Ultra Violeta A

**R-UVB** - Radiação Ultra Violeta B

**R-UVC** - Radiação Ultra Violeta B

**SBD** - Sociedade Brasileira de Dermatologia

**SNC** - Serviço Nacional do Câncer

**TCNM** - Tumores Cutâneos não Melanomas

**UNIVALI** - Universidade do Vale do Itajaí

## RESUMO

O impacto e a incidência crescente de casos de câncer de pele no Brasil e no mundo levam-nos a redirecionar conceitos e repensar modelos de organização para se elaborar e preconizar práticas terapêuticas preventivas para esta doença. Se é consenso entre diversos autores que a prevenção é a forma mais eficaz para se diminuir a incidência desta patologia, porque então permanece tanta dificuldade para se efetivar procedimentos preventivos em relação à saúde pública de um modo geral, e ao câncer de pele em particular? A resposta a esta questão é o foco central desta dissertação, cujo objetivo é identificar e compreender modelos referenciais vigentes nas práticas médicas, na atualidade. Em termos metodológicos, foi realizado um amplo levantamento de fontes bibliográficas e de informações documentais, bem como uma pesquisa qualitativa por meio da realização de entrevistas em profundidade com profissionais médicos docentes em instituições universitárias de Lisboa (Portugal) e Curitiba (PR, Brasil). Pretendeu-se com os dados obtidos avaliar as hipóteses de que (a) a persistência do modelo tradicional da ciência, de causa-efeito exclusivamente biológico, elegendo relações lineares no momento da elaboração das campanhas de divulgação de atenção à doença e dos comportamentos preventivos não atingem seus objetivos por partirem de concepções inadequadas aos processos de prevenção e promoção da saúde, ao invés do combate a doenças; (b) o comportamento preventivo não é adotado devido ao modelo como é formulado e à maneira como ele é conduzido, desprezando o conhecimento ou o próprio desconhecimento sobre a doença, as crenças e as condições sociais dos indivíduos que sofrem seus efeitos; e (c) a imposição das práticas pelo roteiro científico disciplinar fragmentado, o que impossibilita uma consciência crítica por parte dos indivíduos que a recebem. Como resultados da pesquisa, tem-se que a reflexão sobre o desenvolvimento da medicina no Brasil, e das políticas públicas de saúde, desenvolvida por diferentes autores, e pelos entrevistados, permitiu a constatação de que apesar de ser adotada a noção de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sua prática continua sendo, de certo modo, em termos de saúde pública, individualista e fragmentada. Assim sendo, sua percepção reducionista e o pragmatismo da cura remetem a necessidade de discorrer sobre as dificuldades dos modelos e padrões adotados nas ações de prevenção, e a necessidade de que sejam levados em conta aspectos socioculturais dos grupos sociais a que se destinam. Faz-se necessário, também, rever a relação causa-efeito das doenças em uma perspectiva unidirecional ou mono causal, apenas biológica. Tornam-se igualmente indispensáveis reflexões críticas sobre a ciência tradicional e também sobre o modelo adotado por ela, postulando-se, além da inclusão do pressuposto da contribuição de fatores socioculturais na promoção da saúde e no combate às doenças, o reconhecimento do *indivíduo* como agente social, autor de suas ações e também resultado delas próprias. Por último, conclui-se que cabe às políticas públicas e aos cursos de formação de profissionais médicos assumirem a substituição das práticas pautadas no modelo biomédico acima descrito, pelo compromisso com a promoção da saúde e com o estímulo de práticas de prevenção de um modo geral, e do câncer de pele em particular.

**PALAVRAS-CHAVES:** modelos terapêuticos preventivos e resolutivos, promoção da saúde, eficácia de políticas públicas de saúde

## **ABSTRACT**

The impact and the increasing incidence of cases of skin cancer in Brazil and the world lead us to redirect and concepts needed to rethink models of organization to develop and recommend the way in which current models preventive therapy for this disease. If there is a consensus among many authors that prevention is the most effective way to reduce the incidence of this disease, because then remains so hard to become effective preventive procedures in the set of social behaviors? This is not only due to market conditions and the pharmaceutical industry, despite its interest, to the extent that social agents can not be considered "social doped" or "simply manipulated" by monopoly guidelines. Reflection on the development of medicine in Brazil, its practice individualistic, fragmented and reductionist perception and pragmatism of healing refer to the need to discuss the difficulties of the relations of the models and standards adopted in these preventive actions and recognition of cultural aspects of social groups intended use. The cause-effect relationship can no longer be seen unidirectional. We need to make critical reflections on the traditional science and also the model adopted by it, claiming the inclusion of science and scientists in the social formation of the disease, recognize the individual as a social worker, author of his actions and also the result of themselves. These agents' social scientists make up part of this process of maintaining and / or critique of current models. And this is the central focus of this work. Through qualitative research were conducted in-depth interviews with medical professionals teaching in universities of Lisbon (Portugal) and Curitiba (PR, Brazil) for the feasibility of this author. The goal set in this work is to understand models of professional reference from his explanations of the phenomenon and decisive preventive skin cancer, as well as the social agents perceive the determinants of the search for prevention. The intention of these data follow the assumptions that (a) the persistence of the traditional model of science, of cause and effect, electing linear relationships when the development of campaigns for the dissemination of attention to the disease and preventive behavior will not reach its goals for departing from the concepts inadequate procedures to prevent and establishment of health rather than fighting disease, (b) preventive behavior is not adopted due to the model as it is formulated and the way it is conducted, disregarding the knowledge or own ignorance about the disease, beliefs and social conditions of people suffering its effects, and (c) the imposition of practices by the scientific discipline fragmented script prevents a critical awareness of learning by individuals who receive it.

**KEY WORDS:** PREVENTIVE AND THERAPEUTIC MODELS SOLVING, PEDAGOGY OF ACTION OF PUBLIC POLICIES, EFFICIENCY.

## RESUMEN

El impacto y la incidencia creciente de casos de cáncer de piel en el Brasil y el mundo nos lleva a reorientar y conceptos necesarios para reconsiderar los modelos de organización para desarrollar y recomendar la manera en que la terapia de los modelos actuales de prevención para esta enfermedad. Si hay un consenso entre los muchos autores que la prevención es la forma más eficaz para reducir la incidencia de esta enfermedad, porque entonces sigue siendo tan duro para ser eficaces los procedimientos de prevención en el conjunto de comportamientos sociales? Esto no sólo es debido a las condiciones del mercado y la industria farmacéutica, a pesar de su interés, en la medida en que los agentes sociales no pueden ser considerados "dopados social" o "simplemente manipulados" por las directrices de monopolio. Reflexión sobre el desarrollo de la medicina en Brasil, su práctica individualista, fragmentada y reduccionista de la percepción y el pragmatismo de la curación se refieren a la necesidad de debatir las dificultades de las relaciones de los modelos y las normas adoptadas en estas acciones preventivas y el reconocimiento de los aspectos culturales de los grupos sociales el uso previsto. La relación causa-efecto ya no puede ser vista unidireccionalmente. Tenemos que hacer reflexiones críticas sobre la ciencia tradicional y el modelo adoptado por ella, reclamando la inclusión de la ciencia y los científicos en la formación social de la enfermedad, reconocer al individuo como un trabajador social, autor de sus acciones y también el resultado de sí mismos. Estos agentes científicos sociales forman parte de este proceso de mantenimiento y / o crítica de los modelos actuales. Y este es el foco central de este trabajo. A través de la investigación cualitativa se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con los profesionales médicos de enseñanza en las universidades de Lisboa (Portugal) y Curitiba (PR, Brasil) para la viabilidad de este autor. El objetivo fijado en este trabajo es comprender los modelos de referencia profesional de sus explicaciones sobre el fenómeno y decisiva de prevención del cáncer de piel, así como los agentes sociales perciben los factores determinantes de la búsqueda de la prevención. La intención de estos datos siguen los supuestos de que (a) la persistencia del modelo tradicional de la ciencia, de causa y efecto, la elección de las relaciones lineales, cuando el desarrollo de campañas para la difusión de la atención a la enfermedad y la conducta preventiva no alcanzará su objetivos para apartarse de los conceptos procedimientos inadecuados para la prevención y el establecimiento de salud más que la lucha contra la enfermedad, (b) la conducta preventiva no se adopta debido al modelo en que se formula y la forma en que se lleva a cabo, sin tener en cuenta el conocimiento o la propia ignorancia sobre la enfermedad, las creencias y condiciones sociales de las personas que sufren sus efectos, y (c) la imposición de prácticas de la disciplina científica guió fragmentado impide a la conciencia crítica de aprendizaje de los individuos que la reciben.

**PALABRAS CLAVE: MODELOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE PROBLEMAS, LA PEDAGOGÍA DE LA ACCIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS, LA EFICIENCIA.**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>CAPÍTULO 1 - CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA – A INSUFICIÊNCIA DO MODELO BIOLÓGICO</b> .....	25
1.1 COMPREENDENDO O CORPO FÍSICO.....	26
1.2 CONCEITOS DE SAÚDE SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE– AUSÊNCIA DE COMPLEXIDADE E/OU UMA ABORDAGEM SIMPLISTA?.....	27
1.3 A CONSCIÊNCIA DO CORPO FÍSICO PERANTE A DOENÇA.....	32
1.4 A ÊNFASE NO MODELO CURATIVO.....	33
1.5 A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA.....	35
1.5.1 A dor fisiológica segundo o modelo biomédico e o câncer de pele.....	36
<b>CAPÍTULO 2 - O SIGNIFICADO DO CORPO ALÉM DO MODELO BIOMÉDICO</b> .....	38
2.1 A RELAÇÃO DO CORPO FÍSICO E DO CORPO PSÍQUICO COM O MODELO BIOMÉDICO “A RELAÇÃO MÉDICO – PACIENTE”.....	39
<b>CAPÍTULO 3 - O CONCEITO DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO NO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA</b> .....	42
3.1 A MEDICINA VINDA DE PORTUGAL PARA O BRASIL – ONDE TUDO COMEÇOU....	43
3.2 O NASCIMENTO DA MEDICINA PREVENTIVISTA NO BRASIL.....	47
3.3 CONCEITUANDO PROMOÇÃO E PREVENÇÃO – ESPECIFICIDADES E DIFERENÇAS	49
<b>CAPÍTULO 4 - COMPORTAMENTO HUMANO - ESTILO DE VIDA, RISCOS E PERIGOS</b> .....	55
4.1 MODIFICAÇÃO NOS HÁBITOS DE VIDA DECORRENTES DA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL.....	57
4.2 A EPIDEMIOLOGIA COMO ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	61
<b>CAPÍTULO 5 – UMA BREVE HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL SOBRE O CÂNCER</b> .....	63
5.1 HISTÓRICO DO CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL – CRIAÇÃO DO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA.....	64
5.2 CAMPANHAS NACIONAIS CONTRA O CÂNCER DE PELE.....	69
5.3 ESTIMATIVAS DE CÂNCER DE PELE PARA 2008 / 2009.....	71
5.4 O CÂNCER – UM ENTENDIMENTO BIOLÓGICO.....	71
5.5 O CÂNCER – UM ENTENDIMENTO HUMANO.....	75
5.6 O CÂNCER COMO DOENÇA CRÔNICA.....	77
<b>CAPÍTULO 6 – A RADIAÇÃO SOLAR E O CÂNCER DE PELE</b> .....	79
<b>CAPÍTULO 7 – ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÕES</b> .....	87
7.1 INTERPRETAÇÃO DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS.....	88

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS – UMA NOVA DIMENSÃO.....</b>	<b>116</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO 1 ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXO 2 O MEDO DA MORTE – UM DEPOIMENTO.....</b>	<b>139</b>



## INTRODUÇÃO

*“O conhecimento pronto estanca o saber e a dúvida provoca a inteligência”.*

(VIGOTSKY, 1987)

Segundo o INCA (BRASIL, 2008) o câncer é responsável por mais de 12% das causas de todos os óbitos no mundo. Com o prolongamento da expectativa de vida no planeta, a incidência de casos de câncer foi de 11 milhões de novos casos diagnosticados em 2002. Para o ano de 2020, esta estimativa se aproximará de 15 milhões de casos diagnosticados.

O câncer constitui, assim, problema de saúde pública para o mundo desenvolvido; e também para nações em desenvolvimento, nas quais a soma de casos novos diagnosticados a cada ano atinge 50% do total observado nos cinco continentes, como registrou em 2002 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS- BRASIL, 2007, p. 11).

De acordo com o INCA (BRASIL, 2005) o número de casos novos de câncer de pele não melanoma<sup>1</sup> estimados para o Brasil no ano de 2008, é de 55.890 entre homens e de 59.120 nas mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 59 casos novos a cada 100 mil homens e de 61 para cada 100 mil mulheres. Segundo o INCA tal fato se deve a maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos, ao aumento da expectativa de vida do brasileiro, e também como sendo resultado direto das grandes transformações globais das últimas décadas que modificaram estilos de vida, em especial imposta pela urbanização acelerada e ao descontrole da atenção à saúde da população. E, de forma geral, a abordagem da medicina tem sido mais de ajustar-se ao estilo de vida atual do que procurar estabelecer recursos de manutenção de saúde no estilo segundo o qual “o médico serve para tratar doenças”.

Para 2008 e 2009, segundo os relatórios do INCA (BRASIL, 2005) são esperados 231.860 casos novos de câncer de pele, para o sexo masculino, e 234.870 para o sexo

---

<sup>1</sup> O carcinoma basocelular e o carcinoma epidermóide, também chamados de câncer de pele não melanoma, são os tipos de câncer de pele mais frequentes (70% e 25%, respectivamente). Porém, apesar das altas taxas de incidência, o câncer de pele não melanoma apresenta altos índices de cura, principalmente devido à facilidade do diagnóstico precoce. Fonte: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=334](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=334)>

feminino. Estima-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (115 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (49 mil), de mama feminina (49 mil), de pulmão (27 mil), de cólon e reto (27 mil), de estômago (22 mil) e de colo do útero (19 mil).

É provável, de acordo com Zuben (2006), que a orientação sobre saúde e doença ativada pelos variados grupos sociais urbanos e rurais organiza-se mais sobre os processos de cura do que de prevenção. A exposição ao risco se organizaria mais pelas possibilidades de cura do que por comportamentos de manutenção de saúde.

A prática diária profissional nas mais variadas subáreas de saúde, de acordo com diferentes autores tais como Gorayeb (1990), Helman (2008), Servan-Scheiber (2008) tem permitido constatar o impacto que o câncer, de uma maneira geral, tem sobre a população brasileira e mundial e, apesar disso, a grande dificuldade de se adotar hábitos e comportamentos preventivos em relação a esta doença e para a promoção da saúde de um modo geral.

Contudo, também a medicina, de forma geral, padece com o problema quando se faz necessário elaborar e preconizar os modelos terapêuticos para se evitar o câncer. Observa-se o consenso entre vários autores de que a prevenção desta doença é a forma mais eficaz para se diminuir sua incidência (FRANK-STROMBORG, 1997; PAIM, 2003; STARFIELD, 2002).

Dados disponibilizados pelo INCA (BRASIL, 2006) referem que apenas 20% a 23% dos indivíduos acima de vinte anos habitantes da região sul do Brasil fazem uso de proteção à radiação solar (filtro solar, chapéu, sombra). Sendo que também a informação vem associada ao relato de que 89% da população urbana destes estados (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) apresentam um fenótipo<sup>2</sup> de pele clara, característica que o INCA considera o maior fator predisponente à doença.

Como fisioterapeuta especializada em Fisioterapia Dermato Funcional<sup>3</sup>, observei desde os primeiros contatos com meus pacientes que somente o conhecimento acadêmico que possuía não seria suficiente para lidar com as angústias (como fenômenos sociais) que me eram trazidas por pessoas acometidas pelo câncer de pele. E que a família do doente, muitas vezes não era capaz de compreender a gravidade da doença, fortemente vinculada às

---

<sup>2</sup> Fenótipo é um conjunto de características observáveis resultantes da expressão dos genes do organismo, da influência de fatores ambientais e da possível interação entre os dois.

<sup>3</sup> Área de especialização da fisioterapia que estuda as doenças da pele e seus anexos

condições de cura.

Tentei por várias vezes pensar como se fosse um dos meus pacientes: *porque estão me dizendo o que devo ou o que eu não devo fazer? E de que forma fazer? Se a medicina tivesse a solução, porque então ela ainda não encontrou a cura para o câncer de pele? Como se chegou a este ponto?*

A cada procura por uma resposta, duas ou mais perguntas surgiam.

Muito li a respeito de prevenção, de práticas e comportamentos preventivos e de promoção de saúde, mas sempre ficava a dúvida: se sabemos o que temos que fazer para evitar a doença, porque deixamos de fazer? Se, recebemos instruções de como devemos agir, porque não as seguimos? Se os modelos preventivos estão corretos, porque eles não apresentam grande volume de adeptos? Será que a prevenção está adequadamente colocada para que possa se efetivar?

Voltar ao início, recomeçar a estudar novamente, mas sob uma nova perspectiva com abrangência mais ampla talvez fosse o caminho: deixar de visualizar o ser humano de forma fragmentada, introduzi-lo em seu ambiente e contextualizá-lo com sua maneira de viver e compreender a vida, suas regras sociais e tradições comportamentais. Mais do que novas perguntas, passou-se a refletir sobre os modelos segundo os quais as pessoas (inclusive os cientistas) assumem para agir.

Teorizar um problema, ainda que não seja o conhecimento, contudo nos permite conhecê-lo; não é uma solução, mas é uma possibilidade de se versar um problema (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003).

Tendo como ponto de partida para a problematização deste fenômeno o pressuposto de que os processos de prevenção e promoção de saúde são referenciados em modelos mais ou menos estabilizados, e que estes modelos servem como legitimação de condutas e expectativas de médicos especialistas, em especial nas universidades - (centros de formação) -, a questão norteadora de nossa dissertação diz respeito aos modelos que referenciam e organizam as práticas médicas sobre câncer de pele.

Assim, em que se baseiam os modelos referenciais para elaboração dos preceitos de prevenção de câncer de pele, e por extensão da promoção da saúde, aplicados por médicos especialistas que trabalham em universidades?

Como forma de orientação de traçar caminhos possíveis para esta problematização, seguimos duas hipóteses principais.

1. O comportamento preventivo não é adotado devido à maneira como o processo de prevenção é conduzido, desprezando o conhecimento popular ou até mesmo o desconhecimento social de modelos científicos, e as crenças que os indivíduos possuem sobre doença e corpo (referenciamos corpo como fenômeno social de reconhecimento, poder e status).
2. Do mesmo modo, apesar das políticas públicas de saúde, no Brasil, serem idealmente pautadas pelo conceito de saúde proposto pela OMS – a qual inclui além dos aspectos biológicos, aspectos sociais e culturais como responsáveis pela saúde da população – na prática têm sido desprezadas na condução do processo de prevenção o comportamento e as referenciais socioculturais dos indivíduos. A RIGOR, aciona-se o conhecimento científico em si, sobretudo aquele relacionado à formulação do problema (doença), e a capacidade científica e tecnológica de solução (cura), numa relação de causa-efeito monocausal e biológica. Ao mesmo tempo, por não levar em conta a pedagogia da ação preventiva, ou o “como fazer?”, na condução do referido processo.

Para tanto, consideramos necessário ainda apontar, como o fazem Boltanski (1989), Chammé (2002), Foucault (1997) para a construção do corpo como fenômeno social, segundo o qual referenciamos nossos comportamentos e crenças pela conquista de poder (expressão de força) e pelos valores estéticos, ou seja, positivamos as referências sociais sobre o corpo.

Decorre daí que “disfarçamos” as debilidades do corpo também em virtude de relações sociais nas quais adotamos preceitos de prevalência de positivities sociais. Por isso, quando alguém relativamente conhecido ou participante do meio social, ou mesmo um agente público (ator, atriz etc.) adoece, comenta-se sobre suas debilidades... Isto fundamenta a idéia de que o corpo é algo a ser apresentado socialmente por sua robustez, sua beleza, sua superioridade, e não por suas doenças e fragilidades. Neste caso, contra as dificuldades sociais ou instaladas nas relações sociais, a medicina e seu “poder de cura” podem manter ou potencializar nossas condições sociais. Daí em diante, os relatos são dos médicos/medicina.

Também, é por meio de processos de cura de doenças (e menos de promoção de saúde e prevenção de doenças) que ativamos nossos acessos médicos, bem como porque

vínculos com a saúde privada revelam-se também como distinção social ou status social. Assim, ao distinguir-me daqueles que dependem da saúde pública, firmo-me também em outro patamar social.

Por sua vez, os próprios médicos participam destas concepções e valores que garantem sua autopromoção social (médicos respeitados, médicos que acertam etc.), mantendo-se afastados dos “doentes”, e promovendo-se pela cura que podem fazer, ou seja, descuidando-se da promoção da saúde.

Em síntese, em virtude das ponderações anteriores, podemos considerar, em termos igualmente hipotéticos, que o modelo pedagógico de aplicação do comportamento preventivo é inadequado e não possibilita uma consciência crítica do aprendizado por parte do indivíduo (imposição das práticas pelo roteiro científico reducionista). Por extensão, parece possível afirmar, ainda com base nos referidos autores Berlinguer (1988), Minayo (2000), Vasconcellos (2003), que as formas de percepção sobre câncer de pele e dos comportamentos sobre saúde regidos pelo modelo tradicional da ciência referenciam-se por uma atitude simplificadora, fragmentada, elegendo relações monocausais e, sobretudo biológicas, além de contextos sobre saudabilidade (saúde e doença) como fenômeno pessoal e individual.

A presente dissertação tem como objetivo geral identificar e analisar os modelos de referência sobre tratamentos resolutivos e preventivos do câncer de pele e de promoção à saúde em geral, apontada por profissionais médicos docentes universitários.

De forma mais específica destacamos os seguintes objetivos:

- Identificar estes modelos através das referências das práticas médicas evidenciadas pelos profissionais médicos docentes entrevistados.
- Compreender as explicações que os profissionais médicos docentes universitários apresentam sobre o fenômeno.
- Possibilitar o entendimento de como os profissionais médicos docentes universitários percebe as possibilidades e desafios na busca da referida prevenção.

O presente estudo se justifica pela própria importância dos questionamentos formulados. Ou seja, pela busca de explicações para a não opção ou a incapacidade de serem implementados procedimentos preventivos em saúde, de um modo em geral, e,

sobretudo no caso específico de câncer de pele. Não temos a intenção de respondê-los em sua totalidade, mas sua explicitação é válida e necessária, tendo em vista a urgência na busca de maior eficácia e eficiência das políticas públicas de saúde.

Para alcançar os objetivos propostos foram adotados como procedimentos metodológicos, a realização de pesquisas bibliográficas e entrevistas em profundidade.

A pesquisa de campo teve, portanto, como parâmetros a busca de médicos envolvidas no ensino e na prática clínica da medicina. Para que se tornasse possível à realização deste estudo, foi necessária uma abordagem metodológica que promovesse a interação com os sujeitos da pesquisa. Assim sendo, desenvolveu-se uma abordagem qualitativa, com a elaboração de entrevistas semi-estruturadas em profundidade.

O grupo em questão foi composto de seis médicos, sendo quatro deles portugueses, residentes em Lisboa, e os demais residentes em Curitiba (PR), sendo as entrevistas realizadas nos locais de residência e atividades profissionais, tanto de portugueses, quanto de brasileiros. Três dos entrevistados são do sexo masculino e três do sexo feminino. De acordo com o objeto de estudo, optou-se por definir um grupo específico de sujeitos, compondo uma amostra intencional, a qual não privilegiou o critério numérico que, segundo Minayo (1993) contempla os casos ricos em informações sobre o tema. A mesma constituiu-se de médicos atuantes com um mínimo de 25 anos de exercício legal da profissão, todos docentes de universidades públicas há pelo menos 15 anos, sendo estes, portanto, os critérios de inclusão.

Os quatro entrevistados que residem em Lisboa (Portugal) foram entrevistados entre os dias 10 de novembro a 05 de dezembro de 2008. Com os residentes em Curitiba (Paraná, Brasil) as entrevistas ocorreram entre os dias 03 de abril e 07 de maio de 2009. Convém ressaltar que tanto os médicos de Portugal como os do Brasil, cada qual em sua localidade, trabalham no mesmo hospital de renomado conhecimento, o que auxilia a fidedignidade da pesquisa. Não se pode aqui nomeá-los, uma vez que a preservação do anonimato foi sugerida por nós e confirmada pelos participantes da amostra.

Procurou-se através dos relatos dos entrevistados compreender a forma como cada qual interpreta a medicina, o que pensam sobre a relação saúde-doença e o significado que dão ao câncer e a sua prevenção, mais especificamente o câncer de pele. A partir das experiências relatadas e das diferentes fontes de informação, foi possível compreender com maior profundidade limites e potencialidades da prática médica atual e sua conseqüente

repercussão na promoção da saúde pública de um modo em geral.

Este grupo foi escolhido devido à parceria e participação de cursos universitários internacionais dos quais a pesquisadora faz parte. Foi este tipo de co-participação em atividades em comum que propiciou a manifestação do desejo, por parte dos entrevistados, em participar deste trabalho, fato este que facilitou o contato com os sujeitos da pesquisa, e o desfecho das entrevistas - anotando-se cuidados metodológicos advindos destas intenções -, bem como o acesso à riqueza de informações que os mesmos possuem sobre o contexto e a importância para o entendimento do assunto.

O convite para a participação deu-se inicialmente por telefone, momento no qual os mesmos eram informados sobre o teor da proposta e agendados local e hora a critério do entrevistado. Tendo em vista a entrevistadora ser brasileira e residente neste país, os entrevistados de Portugal optaram por ser entrevistados em suas residências, de modo a deixar e ficar tranquilos e sem interrupções por parte de outros, tendo assim maior liberdade de expressão e tempo ilimitado para argüir. Os participantes brasileiros sendo conhecidos da pesquisadora, também optaram por oferecer suas residências para as entrevistas.

Sabe-se que é de fundamental importância vários encontros para que se efetue uma pesquisa com controle de vieses, porém a distância entre os países estabeleceu antecipadamente uma necessidade de urgência na elaboração e discussão dos itens abordados na entrevista; o que fez com que a média de horas para cada encontro girasse em torno de 4 horas. Já as entrevistas realizadas no Brasil, tiveram duração média de 1 hora e meia, e para estes encontros foi possível mais de um.

As entrevistas foram individuais, e nenhum dos entrevistados se opôs que as mesmas fossem gravadas, ressaltando-se a preservação de anonimato, motivo pelo qual não gerou desconforto ou desconfiança por parte dos entrevistados de ambos os países.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a discussão sobre a efetivação dos comportamentos preventivos ao câncer e indispensáveis à promoção da saúde, objetivo primordial da respectiva política pública setorial.

A presente dissertação está estruturada em oito capítulos, na ordem apresentada a seguir. Considerando o exposto no capítulo I – **CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA – A INSUFICIÊNCIA DO MODELO BIOLÓGICO** - apresentamos o processo de construção da temática do estudo, contextualizando saúde e doença, as perspectivas da insuficiência do

modelo biológico adotado pela medicina tradicional e sua ausência de complexidade. Também é abordado a ênfase dada no modelo curativo e o *desprezo* pelo preventivo. Faz-nos compreender o significado do corpo físico, da dor fisiológica, da relação do corpo físico e do corpo psíquico com o modelo biomédico E, por fim, a crescente e valorizada medicalização da vida.

O capítulo II – **O SIGNIFICADO DO CORPO PARA ALÉM DO MODELO BIOMÉDICO** - é dedicado a enfatizar que o corpo vai muito além do que traduz o modelo biomédico que oscila entre a saúde e a doença, propondo um entendimento acerca da relação médico-paciente.

O capítulo III – **OS CONCEITOS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO NO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA** – descreve, conceitua e sintetiza os significados das expressões prevenção e promoção dentro da relação saúde-doença e situa a participação de Portugal na implantação da atual medicina no Brasil, e como se deu a implantação da medicina preventivista em nosso país.

O capítulo IV – **ESTILO DE VIDA, RISCOS E PERIGOS** – discute tais comportamentos e suas influências na relação saúde e doença. Apresenta também o quanto a revolução industrial influenciou na modificação e nos hábitos de vida dos indivíduos e sua colaboração para a sofisticação e avanço das tecnologias médicas. Comenta também a epidemiologia como abordagem metodológica para se entender as doenças.

O capítulo V - **A HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O CÂNCER NO BRASIL** – intenta definir o que sejam as políticas públicas de saúde e como elas repercutem na economia e na sociedade. Apresenta também o histórico do controle e das campanhas e as estimativas do câncer de pele no Brasil, e a criação do Instituto Nacional do Câncer. Reflete também sobre o câncer enquanto um entendimento biológico e humano.

O Capítulo VI – **A RADIAÇÃO SOLAR E O CÂNCER DE PELE**- pretende esclarecer, os efeitos positivos e os negativos acerca da exposição solar. Interpreta como as radiações solares podem danificar a pele e como interferem na formação dos cânceres de pele. Explica sobre os fatores de risco para a doença, comentando os mitos e fatos relacionados à exposição solar.

O Capítulo VII – **Apresentação e ANÁLISE DOS DADOS das entrevistas** – é onde se dá



a inter-relação entre os estudos que constroem o embasamento teórico e as concepções dos médicos participantes da pesquisa.

Nas **CONSIDERAÇÕES FINAIS** apontamos nossas respostas para os objetivos que nortearam esta pesquisa, comentando as questões abordadas e tornando-as assim não mais somente hipóteses iniciais de uma pesquisa. A julgar pelas informações fornecidas pelos diferentes autores consultados, e pelas observações e comentários apresentados pelos entrevistados, elas permitem constatar a recorrência de práticas, por parte de médicos, tanto brasileiros quanto portugueses, pautadas no chamado modelo biomédico, que não priorizam as ações preventivas no caso do câncer de pele e na promoção da saúde de um modo geral.

Ao término, sinto-me transformada profissional e pessoalmente em termos do processo de aprendizagem sobre o tema, mudando minhas aflições e conquistando mais segurança ontológica sobre meus atos profissionais e minha filosofia de vida. Ainda que não possa mudar o mundo, mudei-me!

## **CAPÍTULO 1**

“Saúde e doença são muito mais valores sociais historicamente colocados, do que simplesmente expressão da situação biológica do organismo”.

(BORUCHOVITCH, 1991)

### **CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA – A INSUFICIÊNCIA DO MODELO BIOLÓGICO**

Vivemos num mundo de conceitos, noções, definições que organizam e articulam nossas práticas sociais, nossa compreensão sobre o passado, nossas expectativas e esperanças sobre o futuro, ainda que não tenhamos consciência discursiva sobre todos os fenômenos que atuam sobre nossas vidas. Conceitos são percebidos como fundamentos das experiências cognitivas vividas cujos significados não são construídos, em princípio, em si mesmos, mas somados a outros já vivenciados tornando aparentemente “mais simples” seus significados (BONNEWITZ, 2003). Portanto, os conceitos insurgem como extensões de conhecimentos já existentes, remetendo-os a críticas, reformas ou mantendo-os em circunstâncias de tradição.

O homem desenvolve suas funções mentais, tais como percepção, memória, pensamento, a partir da sua relação com o meio sociocultural em que vive. Destas relações estabelecidas entre o homem e o meio e da sua capacidade de conhecer e atuar no mundo surge um processo de construção social capaz de inseri-lo ou não em seu grupo social. Para tanto o homem desenvolve, adquire, incorpora “conceitos”, vistos aqui como representações mentais de determinados objetos, que a partir de um processo de abstração associam-se a rótulos verbais para voltarem a ser descritos (MORIN, 2005).

Porém, o “conceito” não se desenvolve isoladamente; ele faz parte de uma rede de relações com outros conceitos. Portanto não se pode generalizar que todo conceito é único, ou que é interpretado de forma igual por todos que se deparam com ele. A partir daí podemos considerar o “conceito” como uma intermediação entre o ser e o fenômeno, e ao mesmo tempo capaz de compor a forma segundo a qual reconhecemos os fenômenos e organizamos nossas práticas. Assim, um conceito “nos faz” e “é feito por nós”, é produto e produtor ao mesmo tempo (VASCONCELLOS, 2003).

## 1.1 COMPREENDENDO O CORPO FÍSICO

O corpo além de físico e biológico significa também um conjunto de conceitos, crenças, composto de inúmeras expressões psicossociais que variam, adaptam-se, desempenham funções e modificam sua estrutura conforme cada experiência que vive. Todo indivíduo sente seu corpo de forma única e de maneira variável, gerando experiências físicas conscientes, contudo muitas vezes essas vivências podem nem ser percebidas e entendidas para além de sua existência corpórea.

Estas experiências vividas com o corpo, associado aos sentimentos e fantasias a respeito do próprio corpo contribui para o aprendizado e a inserção no coletivo, para a vida em sociedade. E ao inserir-se, o indivíduo expõe e é exposto a influências das experiências relatadas pelos outros. O corpo físico é capaz de transmitir informações sobre quem o transporta, sobre seu dono, sobre aquele que o zela, bem como quem deveria cuidá-lo e não o faz. Refere de forma objetiva, contudo por muitas vezes abstratas e subjetivas, a forma de viver do indivíduo.

Gestos, posturas, vestuário, e a própria forma do corpo apresentam-se como uma representação muito mais social do que física. Lara (2004) afirma que cada corpo significa e possui significados diferentes porque a cultura a qual pertence também será distinta.

Observar a cultura de alguns povos que praticam a mutilação física conhecida como circuncisão masculina e feminina, escarificações da pele que resultam em cicatrizes intencionais, tatuagens que se impregnam na pele através de pigmentos coloridos, cirurgias plásticas que alteram o contorno corporal, perfuração das orelhas e outras regiões do corpo para o uso de adornos, uso de perfumes e desodorantes para modificar ou mascarar o odor produzido pelo próprio corpo, entre tantas outras são exemplos de ações que são produzidas pela busca da inserção social. Um corpo socialmente cuidado faz amigos!

Contudo algumas modificações corporais são produzidas pela medicina, e se analisadas em muitas ocasiões não seriam por opção do proprietário do corpo em questão, mas com a anuência do mesmo. Membros amputados decorrentes de lesões irreversíveis, retirada cirúrgica da mama (mastectomia) devido ao câncer que a afetou, perda de cabelos e pelos corporais como consequência da quimioterapia ou radioterapia, retirada cirúrgica do útero (histerectomia) como consequência de doenças que impossibilitaram sua permanência no interior do corpo físico. Estes são alguns dentre muitos procedimentos realizados pela

ciência médica, com total concessão da sociedade, e que muitas vezes nem é capaz de perceber o impacto gerado na percepção corporal do indivíduo acometido e na sua futura relação com esta mesma sociedade.

Biologicamente seria normal nascer, crescer, envelhecer. Todavia, socialmente o que deveria ser natural torna-se estranho, atípico, muitas vezes repulsivo e motivo de exclusão do grupo social. Aceitar o corpo consumido pelos anos, que expõe as marcas e as experiências do tempo já vivido, é bem diferente da aceitação social que possuem um corpo que gera uma nova vida, ainda que todo o organismo visto isoladamente tenda à degeneração.

Outra forma de transformação corporal percebida são as resultantes de resoluções de certas doenças como o derrame cerebral, que marca o corpo com a impossibilidade de movimentos espontâneos e voluntários em somente um de seus lados (hemiplegia), ou a impossibilidade total de voltar a andar devido a traumas na coluna vertebral (paraplegia), doenças psiquiátricas severas que ocasionam desordens e distorções sobre a percepção que o doente tem do seu próprio corpo.

Mas, além disso, o corpo pode sofrer experiências e ações infligidas por outro corpo que não o seu. O estupro, a agressão física causa cicatrizes invisíveis aos outros, mas muitas vezes irreparáveis ao agredido.

A medicina, ao mesmo tempo em que aprisiona o homem aos limites físicos do seu corpo, permite que através da tecnologia empregada para tratamentos, segmentos corporais se estendam para fora dele. Exemplo disto é a hemodiálise que faz com que o sangue circule e seja filtrado não mais dentro do corpo como biologicamente foi preparado, e sim em uma máquina externa criada pelo próprio homem. O mesmo acontece com a circulação sanguínea durante uma cirurgia cardíaca.

Percebe-se então que o conceito de corpo deve ser percebido, entendido, moldado e assimilado sob diversas formas, principalmente em toda sua instabilidade, inconstância e variáveis de representação cultural e social que o abriga.

## 1.2 CONCEITOS DE SAÚDE SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE “OMS” – AUSÊNCIA DE COMPLEXIDADE E/OU UMA ABORDAGEM SIMPLISTA?

Para a OMS (BRASIL – MS, 2006) o conceito de saúde envolve o completo bem estar físico mental e social do indivíduo. Tal explanação expõe de início, certa contradição, pois, tal

definição seria impossível de acontecer concretamente, uma vez que bem estar físico, bem estar mental e bem estar social são estados de equilíbrio instáveis, que se definem na medida do dinamismo e dos conflitos da sociedade (BAUMGARTEN, 2004). Além da dimensão de “totalidade” gerada pela expressão “completo”.

Este conceito proferido pela OMS (Organização Mundial da Saúde) descarta, entretanto, a visão simplista, unicausal do processo saúde-doença, cujas explicações das origens das doenças eram pura e simplesmente biológicas. Ou seja, como uma referência reducionista do processo de interpretação da doença, o que na prática tornaria o fenômeno mais compreensível para o observador. Deixando-se de lado o comportamento humano, suas referências e práticas culturais eram desconsideradas, pois o agente causador da doença necessariamente precisava ser visualizado, medido e minuciosamente descrito pelo viés monodisciplinar no qual o especialista tornava verdadeiro o seu parecer, e indiscutível sua prática frente a outros pareceres “científicos”, caso existissem. Portanto, a partir do momento em que se considera saúde também como sendo fruto destas outras causas ou condições, além das biológicas, fica nítida a necessidade de se levar em conta as condições de vida da população, fato que deve refletir diretamente na elaboração das políticas públicas, e na inclusão da preocupação com a prevenção e a promoção da saúde de um modo geral.

Deste modo, saúde é um conceito que engloba enorme complexidade, o que implica assumir que os seres humanos não podem ser fracionados em diferentes dimensões, como a biológica, social e cultural, mas sim que cabe pensá-los como parte de um todo indissociável. Faz-se necessário envolvê-los em seu contexto, ampliar o foco de observação também sobre as relações entre os envolvidos. Neste sentido, torna-se imperativo discorrer sobre o tema saúde e doença, prevenção e cura.

Berlinguer (1988, p. 17) faz referência ao conceito de saúde segundo o qual “os mesmos elementos que permitem a vida, também podem representar a morte”, ou seja, é retro-referente, como a alimentação, o trabalho, as relações familiares. Para este mesmo autor, um único elemento pode configurar dois pólos de um mesmo fundamento: representar a fonte de saúde ou ser a *razão* do mal-estar.

O que sustenta a afirmação de Berlinguer (1988) é a abordagem complexa que é dada à sua maneira de pensar. O paradigma tradicional que nos treinou para perceber simplificando não nos permitia confrontar conceitos contrapostos (VASCONCELLOS, 2003).

Utilizando-se de Vasconcellos (2003, p. 18) e Giddens (1991, p. 16) podemos associar que o desenvolvimento tecnológico, o aumento dos conhecimentos científicos e as oportunidades e benefícios que o capitalismo proporcionou beneficiaram o homem em sua eficácia de viver, porém concomitantemente aumentaram os riscos e os perigos nestas novas formas de relações.

“Saúde não é ausência de doença, saúde é qualidade de vida” (MINAYO, p. 8, 2000). Contudo a constante interação entre ambas (saúde e doença) acarretam a impossibilidade de estar-se absolutamente saudável ou completamente doente.

Observa-se a insuficiência do modelo biológico e da moderna tecnologia médica quando não se agrega a relação saúde-doença além da fronteira do corpo e, portanto, a atenção médica eficaz não deve limitar-se ao tratamento da enfermidade em si; deve ponderar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive o que resultaria na prosperidade da saúde.

Mas pelas “urgências” do cotidiano, tanto o demandador de serviços de saúde, que o realiza por circunstâncias de déficits organicossociais, quanto fornecedores destes serviços, que atuam com o objetivo de cura da doença, as relações estabelecidas neste âmbito ativam secundariamente os domínios do conceito de saúde aqui representados. E todo este processo se substancializa por meio de políticas públicas e pela gestão de políticas públicas governamentais e não-governamentais.

Apesar dos procedimentos e investimentos que as políticas públicas têm oferecido à população brasileira, os mesmos encarceram-se diante das péssimas condições de vida da população, que muito mais colocam em risco o estado de saúde do que a promovem (CHAMMÉ, 2002).

“Quanto mais aprimorada a democracia<sup>4</sup>, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais” (MATOS in: MINAYO et al, 2000, p. 8). Percebe-se aqui que democracia remete-nos a idéia de igualdade tanto social quanto econômica.

---

<sup>4</sup>O significado da palavra democracia, segundo o dicionário do pensamento social do século XX, (OUTHWAITE, BOTTOMORE, 1996, p. 179) é “governo do povo” seu significado pode ser transportado à idéia de um sistema político no qual o povo inteiro toma, e tem o “direito de tomar” as decisões básicas determinantes a respeito de questões importantes de políticas públicas. Apesar de o maior número contar como a decisão do povo, sempre uma decisão por parte da maioria não significa todo o povo, e isto pro si só envolve conciliação e consenso. Mesmo sendo a minoria não detentora das decisões suas vontades devem ser equacionadas ao domínio da maioria, dando prioridade ao sentido de igualdade.

Observa-se então que conceituar qualidade de vida abrange muito mais significados, dos quais se entretecem experiências e valores individuais e coletivos refletidos numa construção social que, por sua vez, se desdobra nas próprias experiências singulares ou coletivas.

Conceituar doença não é simplesmente saber defini-la segundo o modelo biomédico. Demandam também percepção e compreensão da sua história, suas seqüelas, não só físicas, mas emocionais também, pois muitas vezes a doença fica reduzida ao modelo simplista ou simplificador de causa e efeito. Reivindica-se aqui perceber a doença enquanto um processo complexo.

A concepção de doença possui uma especificidade de classe social, marcada pela história e pela condição social dos que a produzem (MINAYO, 1988). A doença é tanto um fato clínico quanto um acontecimento sociológico. A dimensão que o indivíduo possui do mundo e da própria vida orienta-o em suas ações em seu meio social.

Quando se compara o enfrentamento e o comportamento em saúde de distintas “classes sociais”<sup>5</sup>, as diferenças são significativas, talvez pela oportunidade desigual de acesso aos serviços de saúde, pela intensidade e gravidade de acometimento das doenças e até mesmo pela interpretação que os indivíduos fazem em relação aos sinais<sup>6</sup> e sintomas<sup>7</sup> da doença. Simultaneamente, essas orientações do meio social estabelecem possibilidades e obstáculos à sua ação frente ao domínio saúde-doença.

“É como se a percepção das sensações mórbidas fosse aguçada de modo desigual nas diferentes classes sociais” (BOLTANSKI, 1989, p. 124). Classes *superiores* ou *mais favorecidas* são capazes de dispor sua percepção sobre a doença de forma mais clara e objetiva no momento da transmissão dos seus sintomas ao médico, enquanto que classes *mais baixas* ou *populares* possuem uma maior dificuldade nesta comunicação, diminuindo assim sua

---

<sup>5</sup> O dicionário de política (BOBBIO, MATTEUCCI, PASQUINO, 2004, p. 169-175), demonstra a dificuldade que existe para se definir classes sociais. Porém sua ênfase seria que o termo é fruto da desigualdade social existente na sociedade na qual o nascimento não é critério suficiente para se fazer parte de uma classe social. Em outras palavras; não se pode pertencer a uma classe por direito, mas somente de fato. Classes são, portanto um agrupamento de fato, cuja existência não só não é reconhecida, como é, em certo sentido, explicitamente negado pelo ordenamento jurídico da sociedade. Deste modo é possível afirmar que estes grupamentos insurgem como reflexos das desigualdades sociais, numa sociedade que reconhece que todos os cidadãos são formalmente iguais perante a lei.

<sup>6</sup> Sinais são dados objetivos da doença fornecidos ou não pelo pacientes e observados ou mensurados pelo médico ou exames complementares.

<sup>7</sup> Sintomas são dados subjetivos da doença, expressos ou não pelo paciente através de dizeres e gestos que serão interpretados de forma objetiva pelo médico.

capacidade de exprimir verbalmente suas sensações corporais. Porém cabe ressaltar, que se a dificuldade de comunicação existe do lado do paciente, também podemos observar do lado médico uma dificuldade de interpretar a verbalização expressada pelo indivíduo, o que confirmaria a abstração do conceito saúde e doença influenciado pelo meio em que o homem vive e a forma como ele se relaciona e interpreta o mundo. Isso ao se levar em conta a referência científica e técnica decorrente da ciência como “dicionário” comunicacional, mesmo que os interlocutores apresentem formulações específicas ou mesmo muito distintas relativas à saúde e doença. Por exemplo, alguns “pacientes” podem expressar determinadas palavras técnicas referentes ao estado em que se encontraria, mas sem poder mensurar em sua discursividade as relações e efeitos já demonstrados em experiências científicas ou práticas médicas repetidamente testadas.<sup>8</sup>

Não só a expressão exterior da doença difere entre as classes, também as percepções de como os indivíduos sentem, e entendem seus corpos são diferentes, bem como suas necessidades.

Boltanski (1989) refere que as classes *mais baixas* geralmente expressas por trabalhadores braçais, necessitam de força e resistência física para viver e trabalhar, ou como recurso e capitais sociais que proporcionam reconhecimento social. Este fato favoreceria a produção de medicamentos e seu consumo, uma vez que o indivíduo percebe a doença quando já instalada a incapacidade de trabalhar, quando o corpo já não é capaz de executar suas funções sociais, e não somente as biológicas (QUEIROZ e CANESQUI, 1986). Ou seja, quando suas condições biológicas o incapacitam ou limitam suas condições sociais e orgânicas. Portanto, tanto como indivíduo biológico quanto expressão social de sua vida: eis que o domínio saúde-doença deve ser observado como biossocial.

Este modelo de saúde que estimula o consumo de medicamentos como uma forma de melhorar as condições de vida e saúde de um doente remete-nos novamente ao modelo reducionista médico e ao que mais à frente discutiremos como sendo a medicalização da vida.

---

<sup>8</sup> Ainda que mereça atenção em pesquisas científicas na área das ciências humanas, podemos observar que a forma segundo a qual os processos de atendimento de médicos e de arranjos institucionais de tratamento de doenças e atendimento à saúde são muito distintos entre setores públicos e privados. Ou ainda quando de mensagem obrigatório em propagandas de medicamentos cujo sentido é de se alertar: Este medicamento serve para tal situação (a partir de suas percepções), mas “Ao persistirem os sintomas procure um médico”. Isto é, se automedique e se você não for um “bom médico”, procure um médico.



### 1.3 A CONSCIÊNCIA DO CORPO FÍSICO PERANTE A DOENÇA.

Na maioria das vezes os indivíduos que utilizam o corpo como instrumento de trabalho através da força física não percebem ou se recusam a perceber os sinais insidiosos da doença, tornando drástica a manifestação da mesma e alimentando, desta forma, o modelo reducionista da doença; neste contexto e condição sociais se procura a cura imediata através de medicamentos.

Assim sendo, parece evidente a influência das condições sociais sobre as concepções sobre o corpo e sobre saúde e doença. Se a consciência do corpo, a forma como ele é utilizado e a percepção sobre o estar doente ou ameaçado pelos riscos e perigos é limitada pelo espaço social e cultural ao qual o indivíduo pertence, podemos correlacionar as manifestações do corpo a uma expressão social.

Chammé (2002) refere-se ao corpo numa totalidade dinâmica e integrada ao ambiente social, que é capaz de expressar e caracterizar a doença como uma expressão concreta, através da linguagem e gestos. Contudo enfatiza a saúde como um conceito abstrato “como se fosse algo que estivesse sempre por vir”.

Desta forma, ao analisar a orientação médica, também é possível perceber a expressão social que a domina, a forma como ela é vista representando fonte de poder e grande prestígio social conferidos pela própria população, quando a mesma legitima o médico e a medicina, o poder da cura, quando afirma ser este o único capaz de curá-lo. Mas também pelo Estado e pelas elites sociais, como refere Queiroz (1991), devido aos interesses econômicos, sociais e políticos que envolvem esta profissão. O principal papel do ator social doente é ser paciente<sup>9</sup>, um quase-incapaz de acionar-se perante o tratamento e “refém” das próprias condições e conhecimentos científicos instalados (FOUCAULT, 1997).

---

<sup>9</sup> Segundo a ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde a definição envolve a pessoa sob cuidados médicos por uma condição ou doença particular, Pessoa que procura um meio de tratamento ou avaliação/prevenção com um profissional médico ou de saúde. <[www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/inaiiss/GLOSS%C1RIO.doc](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/inaiiss/GLOSS%C1RIO.doc)>. Contudo uma das características de ser “paciente” pela sua própria definição que advêm do latim PATIENTE é a resignação, conformação e espera serena por um resultado. “Que faz com paciência, perseverando numa atividade Paciososa. É a virtude de manter um controle emocional equilibrado, sem perder a calma, ao longo do tempo. Consiste basicamente de tolerância a erros ou fatos indesejados. É a capacidade de suportar incômodos e dificuldades de toda ordem, de qualquer hora ou em qualquer lugar”. Convenhamos que este não seja o melhor termo para tais circunstâncias em que se encontra o doente.

Sendo assim estabelecem-se as relações de domínio e subordinação entre médico-medicina e paciente, que por consequência garantem a manutenção da estrutura social no ambiente da saúde vivido atualmente.

#### 1.4 A ÊNFASE NO MODELO CURATIVO

Os investimentos na medicina curativa produzem com certeza um lucro econômico muito maior quando comparados à medicina preventiva. Minayo (1988) também cita que o modelo médico curativo é reforçado como o padrão dominante devido à mídia que através da propaganda impõe a sua legitimação, muito embora possamos argumentar que a legitimação ocorre muito mais em função de organizações paradigmática da modernidade e mantida pelas suas formas “regimentais” de existência do que por um organismo da modernidade como a mídia: a mídia pode manter e ampliar, mas não a criou (KUHN, 2006).

Este modelo enfatiza a tecnologia, medicamentos e intervenções, organizados através de um atendimento impessoal, normalmente fora do domínio da experiência e de qualquer controle por parte do paciente. Queiroz (1991) refere que este modelo confere ao médico o poder de decisão sobre a cura da doença e a forma de interveniência no organismo. O agente social na prática passa a existir como subsistente aos modelos científicos de tratamento, muitas vezes reforçando esta mesma relação médico-paciente ou ciência-organismo.

Em contraponto a este conceito, Minayo (1988) relata experiências de classes *menos favorecidas* social e economicamente e mais dependentes do serviço médico público, onde muitas vezes a intervenção médica provocou outras enfermidades que não as que motivaram a procura pelo tratamento, ocasionando até mesmo lesões irreparáveis e mortes em certo grupo estudado.

Apesar das políticas públicas de saúde oferecerem certo grau de procedimentos e investimentos à população brasileira, no sentido de constituir programas de saúde de prevenção e atendimento aos problemas já instalados, os resultados têm sido insatisfatórios, diante das más condições de vida da maior parte da população que colocam em risco as condições de saúde dos indivíduos.

Ou seja, a luta pela saúde envolve a luta política pelos direitos a serviços públicos de saúde e, na maioria das vezes, em circunstâncias segundo as quais déficits orgânicos se misturam com demandas sociais e políticas. Muitas vezes, o direito à saúde precisa ser

*medicado* antes do próprio corpo.

Isso nos remete a certa descrença da população na medicina oficial praticada no Brasil, reflexo do desapontamento pela instabilidade da saúde e manutenção da doença, mas, como afirma Giddens (1991, p. 35), jamais do sistema perito intitulado ciência médica. Dissociando-se o médico da medicina, incorreríamos no sistema perito, “sistemas de excelência técnica ou de competência profissional, que organizam grandes áreas de ambiente material e social em que vivemos”. Por ser um sistema abstrato, a base que permite estas relações sociais é a confiança e a crença que as pessoas têm neste mecanismo.

A confiança no conhecimento possuído pelos sistemas peritos (no caso a medicina) torna o sistema o gerenciador dos riscos, e não mais o próprio médico. Ou seja, acredita-se na medicina em si, pois a mesma é tida com infalível, e não mais no médico que a representa, já que, ao ser somente o emissário da medicina praticada, é potencialmente falível.

Para Giddens (1991), a confiança é a ligação entre fé e crença, e é criada socialmente, e não dada pela natureza das coisas ou por influência divina. Ao citar Levy-Strauss, Minayo o faz da seguinte forma: “A eficácia da magia implica na crença da magia”, e citando um entrevistado em sua pesquisa: “os médicos agora, não sabem nada, não dão atenção, por isso os remédios deles não dão resultados” (MINAYO, 1988, p. 369).

Apesar de o discurso ser de descrença, o que se encontra na prática são sistemas de saúde e atendimento superlotados pela população carente, em parte por ser este o modelo dominante e legitimado, outra parte por ser este o único sistema que lhe é acessível.

Se para os médicos saúde e doença são apenas sintomas físicos, para a população mais dependente do sistema público de saúde (saúde?<sup>10</sup>), são interpretações que se expressam em seu corpo e vão além deste. Para tanto se faz necessário explicitar o conceito corpo e sua relação com a medicalização.

## 1.5 A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Para Helman (2008) a medicalização consiste na maneira como a jurisdição da

---

<sup>10</sup> O título Sistema Público de Saúde, não confere com o que se encontra na prática. Caberia de certa forma o título Sistema Público de Doença. Já que não consegue cumprir sua função de mantenedor do estado de saúde da população e suas orientações são focadas no tratamento de doenças/doentes e raramente na prevenção e promoção de saúde. Caso ilustrativo é o que se refere à prevenção coletiva sobre transmissão de Gripe Influenza ou Gripe Suína.

medicina moderna vem se expandindo atualmente. A crescente e valorizada dependência dos indivíduos e da sociedade para com as ofertas de serviços e bens de consumo cada vez mais intensos, na qual a tecnologia e a vinculação da doença, por muitas vezes situações fisiológicas como a gestação e o parto, são consideradas como problemas unicamente resolvidos de técnicas médicas e de seus atributos. Assim como o envelhecimento, infelicidades, solidão, além de conseqüências maiores de problemas sociais como pobreza e desemprego seriam tecnologicamente resolvidos. Desvia-se a atenção de outros serviços sociais básicos e de reflexos educativos, tornando-os entidades tratáveis pela medicina através dos médicos e dos medicamentos.

A medicalização revela o impacto do avanço industrial com características capitalistas, onde tudo se transforma em mercadorias destinadas a geração de lucros (TAYLOR, 1979). O que provoca inevitavelmente prejuízos ao sistema médico-assistencial, especialmente no quesito acesso universal e igualitário.

O medicamento em si adquire grande valor simbólico, estimulado principalmente pelas indústrias farmacêuticas, podendo ser observado no paciente e também no próprio médico um caráter mágico, pensado como um desejo de agir sobre algo, exercendo um domínio em especial sobre o doente, como se este fosse capaz de refrear por completo a fragilidade humana exposta pela doença. Malta, Cezario e Moura (2006) remetem à idéia de que em uma sociedade em que, para quaisquer problemas, busca-se um “remédio” oferecido pela ciência, os antigos instrumentos de dominação mágica do mundo foram substituídos por objetos técnicos.

A medicalização pode ser mais bem entendida se o corpo for pensado como uma máquina e visto à parte do seu contexto social e cultural. A função de plena cura atribuída aos fármacos gera a expectativa de que os mesmos forneçam algum conforto emocional, alívio dos transtornos emocionais, redução do sentimento de insegurança, enfim que os mesmos produzam algo que nós mesmos sozinhos não conseguimos elaborar, que nos ajudem a viver melhor.

Com o passar do tempo e especialmente após a oficialização da prática médica da necessidade de uma prescrição feita somente pelo médico para a aquisição destes produtos, a dimensão simbólica se aviva mais ainda.

A hipervalorização das funções que os medicamentos possam desempenhar e a vinculação de dependência de que para todo e qualquer problema haverá um medicamento

sob a forma de uma pílula, drágea ou injeção que pode nos curar, nos coloca diante de problemas que cada vez mais nos afastam do propósito da propagação das práticas da prevenção. Refletindo em maiores gastos econômicos, incentivo a automedicação e expectativa de cura sem mudanças comportamentais e sociais por parte dos sujeitos.

Pela lógica do lucro, o intuito ao contrário de gerar saúde, foi o de multiplicar os procedimentos médicos, aumentar o consumo de medicamentos e incentivar o uso de equipamentos técnico-médico-hospitalares. Disseminou-se a idéia de que qualquer problema de saúde só poderia ser solucionado ou minimizado através destes recursos.

#### 1.5.1 A dor fisiológica segundo o modelo biomédico e o câncer de pele.

Fisiologicamente, a dor pode ser considerada como um dispositivo de alerta do corpo humano para sinalizar uma lesão ou algum mau funcionamento orgânico. A dor surge quando um nervo ou terminação nervosa é comprometido de forma inadequada revelando, portanto, que a proteção e a sobrevivência do corpo correm perigo.

A resposta do indivíduo a dor vai variar conforme o grupo social e cultural, bem como também variam a percepção em si mesmo, como nos outros que observam a dor. E até mesmo a maneira de expressar a dor também será influenciada por fatores socioculturais.

Segundo Helman (2008) existem duas formas de se reagir à dor: a reação involuntária ou instintiva – como o recuo diante de um objeto pontiagudo; e a reação voluntária, como eliminar a fonte de dor e providenciar o tratamento dos sintomas (ex: fazer uso de um analgésico), pedir ajuda de outra pessoa para aliviar o sintoma. Helman (2008) dá uma conotação à experiência e a percepção da dor como sendo privada (aquela que somente o portador da dor sente) e pública (aquela que o portador da dor sente e compartilha com os outros).

Igualmente, a própria dor produz um comportamento de dor, originando modificações na expressão facial, na conduta e atividades diárias, como também certos sons, gemidos ou palavras verbalizados para descrever sua situação ou para pedir ajuda. É necessário este comportamento de dor, para julgar se alguém tem dor. Dependemos de uma demonstração muito mais verbalizada para percebermos a dor do outro, tornando assim a dor privada uma dor pública. Porém, a cultura social sob certas circunstâncias não permite que a dor seja exteriorizada, sendo este fenômeno mais esperado por parte dos homens, que

determinam que sejam capazes de suportar *melhor* a dor sem demonstrar tais comportamentos. Assim sendo, a ausência de comportamentos de dor não significam necessariamente ausência de dor privada.

Há ainda diferenciação entre a dor normal a dor anormal, e que muitas vezes são agentes influenciadores na modificação da dor privada em dor pública, pois parte da decisão desta transformação está sujeita a interpretação individual da significância e da intensidade e normalidade da dor. A dor insuportável e anormal tem maior probabilidade de ser levada ao conhecimento dos outros. Zola (In: ALVES, 1996) em estudos realizados solicitou que mulheres de classes socioeconômicas altas e baixas marcassem em uma agenda todos os seus estados e disfunções corporais. Apenas uma pequena porcentagem assinalou a menstruação e seus efeitos correlatos como a cólica (entenda-se aqui dor), sabendo-se que todas as mulheres têm ou tiveram alguma vez episódios de dores abdominais relativas a episódios menstruais, corrobora com a definição de dor normal que não necessita ser levada a público.

A maioria dos tipos de cânceres conhecidos causa dor, pois se encontram associados a condições de inflamações, mas o de pele não. Neste caso não existe a sinalização do corpo de que algo vai mal, somente depois de já instalado e diagnosticado é que se pode combater o câncer de pele. Porém, é possível a prevenção, pois a queimadura solar proporciona dor intensa, capaz de afastar o individuo das tarefas diárias e do trabalho, e sabe-se que estas queimaduras quando ocorrem repetidamente são facilitadoras da instalação do câncer de pele.

## CAPÍTULO 2

*“A hegemonia da medicina produz um sujeito sem saber e sem poder. Portador de um corpo estressado e tão espoliado quanto o capital que não possui e a educação da qual não faz parte.”*  
(CHAMMÉ, 2002)

### O SIGNIFICADO DO CORPO ALÉM DO MODELO BIOMÉDICO

Em todas as culturas o corpo humano representa muito mais do que uma construção biológica, que oscila entre a doença e a saúde. O corpo é tudo aquilo que somos, mas também aquilo que não somos. Pode ser representado por uma construção social, cultural, histórica; produzido de inúmeras formas em tempos e lugares diferentes. E sendo o corpo interpretado como algo físico, psíquico, social, econômico e cultural, ele é capaz de representar conceitos que se modificam e transformam, ou ao menos podem ou não ser alterados conforme a experimentação que ele faz da vida. Da mesma forma em que o corpo passa a representar apenas um organismo físico com padrões fixistas de estímulo-resposta, fato pelo qual este conceito ignora as incorrências socioculturais que atuam no interior do sistema orgânico tal como horários de alimentação, sistema de trabalho e emprego, concepções de saúde e doença etc. O corpo constitui-se em organismo necessariamente socializado em regras de civilização.

Segundo Sarti (2001) a representação de um corpo pode definir quem se inclui e quem se exclui de um determinado grupo ou posição social. Pode representar relações de poder e expressa identidades culturais. A cultura na qual estamos inseridos ensina-nos a perceber e a decodificar as inúmeras alterações que acontecem em nossos próprios corpos e nos de outras pessoas. Somos capazes de distinguir um “corpo jovem” de um “velho”, um “corpo saudável” de um “corpo doente”, um “corpo apto” e um “corpo deficiente”, valorar “gordos” e “magros”. Compreendemos que apesar de inúmeras variáveis individuais o corpo produz uma imagem que é adquirida através da sua evolução de vida em determinada cultura ou sociedade.

Cada indivíduo sente seu corpo de forma única, singular e com intensidade variável,

produzindo experimentos conscientes, mas que por muitas vezes podem nem ser percebidos e interpretados a partir dos arranjos coletivos que se lhes impõem. Muitas vezes para inserir-se socialmente, representar uma cultura ou invocar uma religião, o indivíduo é capaz de produzir alterações no corpo físico, que pode influenciar o corpo biológico (LARA, 2004).

Então se o corpo é, em parte, uma construção social e a doença também o é, podemos então, a partir destes conceitos, observar que existe uma interação entre o indivíduo acometido pela doença com a sociedade na qual ele se inclui, e na qual se percebe sua maneira de vivenciar sua dor, seus limites, frente ao que ele conhece e ao que ele desconhece, frente ao campo político e social no qual os indivíduos estão inseridos e que, ao mesmo tempo, constroem.

A doença pode ser vista como uma realidade clínica pela medicina hegemônica, porém nunca deixará de ser um fenômeno social (e o é quando se notabiliza pela clínica). Abranger a doença além do seu aspecto anatômico e biológico nos permite inseri-la num mundo social, onde cada grupo, cada comunidade expressa atitudes individuais e coletivas próprias do seu meio frente ao futuro incerto que a doença apresenta.

## 2.1 A RELAÇÃO DO CORPO FÍSICO E DO CORPO PSÍQUICO COM O MODELO BIOMÉDICO: “A RELAÇÃO MÉDICO–PACIENTE”

Para compreendermos a relação médico-paciente, faz-se necessário entender como a medicina incorpora o modelo biomédico, nesta relação, ou seja, como ela percebe o corpo humano. O modelo adotado concebe o corpo humano somente com explicações químicas e físicas dando-lhe a configuração de uma máquina de funcionamento muito complexo, que numa relação de interdependência entre as partes que a compõe necessitam de permanente verificação por parte de um especialista. Assume-se, portanto, que a máquina tende a falhar em algum momento da vida, porém não parece haver espaço para questões de ordem sociais que interatuem com as doenças.

A compreensão mecanicista do corpo humano revela aqui uma abordagem técnica da saúde, na qual o tratamento médico assenta-se no conhecimento científico sobre o corpo, onde a doença é simplesmente um dano orgânico que pode ser reparado com a terapia médica e medicamentosa, ou também por intervenções variadas, apoiadas na tecnologia de exames complementares. Este interesse em classificar e enumerar doenças exclui aspectos



importantes do adoecimento do indivíduo.

Uma das conseqüências desta fragmentação do paciente foi o distanciamento médico-paciente. Numa situação de extrema sofisticação tecnológica deparamo-nos com máquinas, aparelhos de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que acabam por instituir uma relação de “frieza” destituindo em grande parte a significação simbólica do toque físico entre os dois atores. Neste contexto o paciente é expropriado do seu próprio corpo, do seu psiquismo e tende a ser percebido como um mero objeto através do qual se é possível a prática da intervenção tecnocientífica.

É sabido que no último século a medicina progrediu muito, e hoje se vive mais quando comparamos a idade média de vida do brasileiro. Segundo publicação do IBGE (2007) a expectativa de vida do brasileiro ao nascer aumentou 3,4 anos em uma década, chegando há 72, anos, em média no ano de 2007. Entre vários ganhos, a extensão do sistema público de saúde a uma parcela maior da população torna-se referência, porém não questionando aqui sua efetividade, nem tão pouco suas falhas.

Sabendo-se que a relação médico-paciente é um elemento importante para o sucesso de qualquer tratamento, o aspecto psicológico do portador da doença coloca a medicina diante de um dilema de eficácia médica, pois a satisfação não deriva apenas da racionalidade tecnocientífico, que por muitas vezes tende a ignorar a dimensão humana envolvida na relação médico-paciente. Por vezes, o procedimento cientificamente mais indicado não garante mais anos de vida ao paciente, ou ainda, anos de vida mais felizes, que por muitas vezes torna distante o desejo do paciente, de ter uma vida “normal”. Fica claro o distanciamento do “portador do corpo” e do “portador da sabedoria sobre o corpo”!

De uma forma geral doentes querem ser curados, mas querem também respeito e atenção e desejam ser ouvidos e tratados com respeito que merece um ser humano, e não como um anônimo sem identidade ou vida própria. Talvez essa seja a dimensão humana, essencial na relação médico-paciente. As descobertas pertinentes da medicina necessitam sempre de um modelo explicativo que possa incorporar as novas concepções sobre a estrutura e o funcionamento do corpo humano. Porém, este modelo deixa de lado à idiosincrasia pertinente a cada possuidor de um corpo humano.

Para Koifman (2001, p.54) “o ato médico vem perdendo suas características essenciais, tais como: a anamnese<sup>11</sup>, que cada vez mais vem sendo substituída por exames tecnológicos, pelo fato do próprio médico apresentar certo grau de dificuldade em manter esta relação devido à escassez de tempo durante a consulta”.

A medicina enquanto “ciência das doenças”, que enumera sintomas e sinais, que evidencia matematicamente o número de casos que devem acontecer que preconiza protocolos de tratamentos e avança em ritmo acelerado, apresentando a cada dia novos recursos, tecnologias e medicamentos encontram-se em extrema evidência, mas a medicina enquanto “ciência social” que aborda os planos éticos, políticos, e pedagógicos dos pacientes, torna-se cada vez mais difícil de ser praticada.

A tarefa de um médico é interagir com o “portador” do corpo doente ou não, e não somente de um corpo possuidor de uma doença que tecnicamente qualquer um poderia contrair. Pereira (2003, p. 10) descreve uma intercessão entre a ética filosófica e a ética médica, “certos assuntos como conceito de vida e morte, aborto, eutanásia, morte encefálica, doação de órgãos, alienação mental, bem como muitos outros merecem tanto considerações médicas como filosóficas”.

Tais conceitos, ainda que estejam sendo absorvidos pela medicina como merecedora de atenção, sucumbe à raridade de sua prática e aos determinantes da interpretação através do monopólio de representações do modelo biomédico descartando, assim, as considerações filosóficas acerca do tema. Como se o remédio para tudo estivesse ao alcance único da medicina e totalmente eficaz para a cura.

---

<sup>11</sup> Parte do ritual da consulta médica, pela qual se buscam através da conversação, informações sobre o doente, e seus motivos para estarem ali.

## CAPÍTULO 3

*“Ter saúde envolve uma concepção de vida com qualidade que se traduz no cotidiano em bem estar. Além de mobilizar setores sociais e sanitários deve haver uma sintonia com o crescimento econômico beneficiando a população como um todo, tornando as relações sociais mais equitativas”.*

(STARFIELD, 2002)

### O CONCEITO DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A palavra **prevenção** tem origem no latim *praeventione*, que deriva de prevenir. Segundo Ferreira (1986) o termo prevenir tem o significado de preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite (dano, mal), impedir que se realize. Prevenir exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (LEAVELL; CLARK, 1976). De outro lado, **promover** significa gerar novas perspectivas, fomentar. A Promoção da Saúde indica um olhar abrangente e positivo para o desenvolvimento humano, tendo como objetivo maximizar a saúde e os recursos das comunidades (SOTO, 1997; CZERESNIA, 1999, destaques nossos).

Observações sistemáticas de um fenômeno permitem dizer como e porque ele ocorre e nos faz acreditar que então, se é capaz de promover ou inibir tal ação. “Porém só em um mundo ordenado, repetitivo e constante as variáveis das relações de ocorrência são altamente prováveis e podem ser descritas por leis ou princípios explicativos” (VASCONCELLOS, 2003. p. 83). Tal fato pode aclarar o porquê dos fenômenos esperados não ocorrerem ou ocorrerem com variações ao pré-visto, em muitas situações.

Portanto, a prevenção se baseia no conhecimento dos mecanismos das doenças e das estruturas para o seu controle e impedimento. Contrariamente, a Promoção da Saúde baseia-se na identificação das necessidades e condições de vida das pessoas e atenta-se às diferenças, singularidades e subjetividades implicadas nos acontecimentos individuais e coletivos de saúde. A saúde e a qualidade de vida estão no foco da Promoção da Saúde.

De acordo com Czeresnia e Freitas (2003), os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturaram-se mediante a divulgação de informação científica e de

recomendações normativas de mudanças de hábito. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno e os objetivos da prevenção são compostos do controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros danos específicos. Contudo, estes dados são baseados em estatísticas, na quantificação do fenômeno, em modelos de matematização da racionalidade científica: evitar que existam, antes de compreender sua existência complexa. Exclui-se, portanto, do contexto, a história e a complexidade de como eles ocorreram. (grifo nosso).

É necessário explicar que Vasconcellos (2003) afirma que é possível reverter um fenômeno, ou seja, é possível estruturar a prevenção e a educação em saúde, mas deve-se advertir que conhecer um fenômeno não significa controlá-lo. E a crença de que o comportamento do sistema será determinado pelas normas que lhes forem induzidas, só acontece em sistemas artificiais, o que não é o caso do ser humano.

### 3.1 A MEDICINA VINDA DE PORTUGAL PARA O BRASIL - ONDE TUDO COMEÇOU

Em Portugal, no ano de 1500, o paço real era o lugar por excelência de circulação de idéias, um verdadeiro centro de atividades intelectuais. As viagens de descobrimento e colonização foram os mais importantes feitos em Portugal no sec. XIV e XV e, desta forma, a dimensão moderna do país neste período ocasionou uma nova configuração do mundo na época. Por mais importante que a representação marítima e colonial de Portugal tenham sido para a construção do Novo Mundo ela não pode ser considerada “a alma de Portugal renascentista”. Para a medicina a contribuição dada foram relatos inigualáveis sobre a comparação entre características anatômicas dos diferentes tipos raciais que os navegadores portugueses tiveram contato, reproduzidas em obras literárias e em pintura da época, inclusive retratadas no próprio teto da Biblioteca Joanina da Universidade de Coimbra / PT (informação verbal) <sup>12</sup>.

O rompimento das antigas concepções da medicina sobre o ser humano se deu com o estudo avançado da anatomia humana, realizada com o avanço das técnicas de dissecação de cadáveres. A transformação da prática clínica incidiu através das publicações de Andreas

---

<sup>12</sup> Informação fornecida pelo guardador oficial da Biblioteca geral da Universidade de Coimbra, em 25 de novembro de 2008.

Vesalius (1514 -1564) (fig. 1), médico anatomista, natural de Bruxelas no séc. XVI, e também com a idéia de que a mente e o corpo são duas partes distintas, propostas pelo filósofo e matemático francês René Descartes (1596 - 1650) (fig.2) (KOIFMAN, 2001).

Figura 1



Portrait of Andrea Vesalius (1514-64) Jan Steven van Calcar. Oil Painting Reproduction  
Fonte :< [www.1st-art-gallery.com](http://www.1st-art-gallery.com)>

Figura 2



Portrait of René Descartes (1596-1650) Jan Steven van Calcar. Oil Painting Reproduction  
Fonte: <[www.1st-art-gallery.com](http://www.1st-art-gallery.com)>

De acordo com seu pensamento, a verdade científica deveria ser expressa em termos matemáticos, pois considerava a matemática uma linguagem perfeita, capaz de conter todas as qualidades da vida. Criador do que hoje chamamos de método cartesiano, Descartes favoreceu o desenvolvimento de grandes teorias científicas que proporcionaram grandes avanços materiais, mas por outro lado levou a ciência a um posicionamento reducionista no qual se perdeu a noção de conjunto, e incentivou-se a idéia das partes.

Este novo praticar da medicina fez com que os hospitais fossem vistos como espaços clínicos de abordagem a seres portadores de patologias. Observa-se que a medicina fazia suas aprendizagens sobre a doença, não sobre corpos saudáveis ou até mesmo doentes, mas em corpos mortos: os limites da vida eram obtidos através de corpos sem vida.

Encontramos aqui um paradoxo da medicina: “querer chegar à saúde pelo estudo da doença em vez de descobrir, primeiro, o que a natureza faz para o corpo ser saudável”, isto é, quanto mais eficiente a medicina procura se tornar mais se afasta da natureza humana. Enfrentava-se a doença como resultado de causas definidas, objetivas, unicasais. O papel do médico era o de descobridor das doenças. E o do paciente era apenas o de portador da mesma. Modelo que perdura proporcionalmente maior até hoje.

Os avanços conquistados graças às ciências físicas, químicas e biológicas, aliados aos desenvolvimentos tecnológicos, foram, cada vez mais, redirecionando a formação e a atuação do médico, modificando também sua escala de valores. Observa-se que à medida que o prestígio das ciências experimentais foi crescendo, o das ciências humanas dissipava-se no meio médico. A medicina deixava de se sustentar nas ciências humanas para amparar-se essencialmente nas ciências exatas e biológicas.

As construções teóricas do reconhecimento do corpo humano, necessárias para o reconhecimento, diagnóstico e tratamento nunca foram tão fundamentados em sua biologia como o que se observou a partir daí. E atualmente essa fundamentação chega a ser quase que absoluta da medicina.

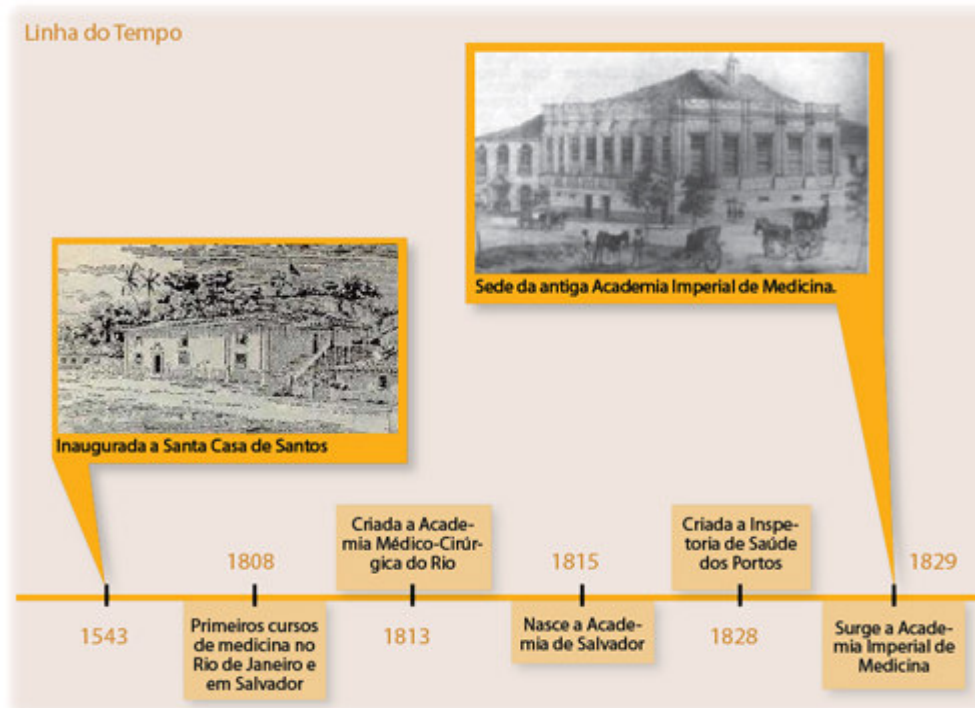
Desde seu descobrimento até meados do séc. XIX a implantação de medidas de saúde no Brasil dependiam de Portugal. Barbeiros, cirurgiões, parteiros entre outros eram licenciados pelo Reino de Portugal a praticar uma medicina rudimentar na população. Com baixo nível de instrução e situação econômica precária praticavam uma medicina impregnada de religiosidade e curandeirismo e tradições locais, e toda e qualquer administração de medicamentos somente era permitida por médicos formados na Universidade de Coimbra (informação verbal) <sup>13</sup>. E assim o conhecimento médico europeu entrelaça-se a cultura indígena, as ervas e raízes nativas, a religiosidade e a fé encontrados no Brasil após o seu descobrimento pelos portugueses em 1500.

Somente em 1808, D. João VI cria os dois primeiros estabelecimentos de ensino médico no Brasil (FIOCRUZ, s/d). Portanto o exercício e o ensino da medicina, no Brasil, muito têm, na sua elaboração e implantação traços da cultura e do domínio português, ao mesmo tempo em que carrega tradições indígenas, africanas e de outros grupos sociais que se instalaram na Colônia Portuguesa na América.

---

<sup>13</sup> A Universidade de Coimbra, sediada na cidade de Coimbra, é a mais antiga universidade portuguesa. A instituição, uma das maiores do país, remonta ao século seguinte ao da própria fundação da nação portuguesa, dado que foi criada no século XIII, em 1290, mais especificamente a primeiro de Março, quando foi assinado em Leiria, por D. Dinis, o documento *Scientiae thesaurus mirabilis*, que criou a própria Universidade e pediu ao Papa a confirmação. Informação fornecida pelo guardador oficial da Biblioteca geral da Universidade de Coimbra, em 25 de novembro de 2008.

FIGURA 3 – LINHA DO TEMPO REPRESENTATIVA DA IMPLANTAÇÃO DA MEDICINA NO BRASIL



Fonte: Filho, Lycurgo. História da medicina no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1947.

### 3.2 O NASCIMENTO DA MEDICINA PREVENTIVISTA NO BRASIL

Segundo Arouca (1975), o discurso da **medicina preventiva** surgiu como sucessor de vertentes como a higiene, no século XIX; também do debate sobre os custos da atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de 30 e 40 do século XX relacionados ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal em sua dimensão política referente ao Estado-mínimo e de individualidade da existência. E não menos importante, da redefinição das responsabilidades médicas, integrando a formação desse profissional ao conhecimento trazido por outras ciências e assumindo a importância da comunidade, da família e da percepção do homem em sua plenitude e totalidade. Cada um destes motivadores foi responsável pela ampliação dos horizontes de atuação do médico (e dos cientistas em geral) (grifo nosso).

Contudo a importância da comunidade, da família e da percepção do ser humano permaneceu em segundo plano. Isto nos remete logo ao início do que apresentamos neste trabalho, ou seja, as dificuldades de se efetivar procedimentos preventivos no conjunto de comportamentos sociais.



O desenvolvimento da medicina no Brasil nutriu a predominância da prática individualista e manteve o enfoque curativo das doenças (TORRES, 2002). Foi, assim, negligenciada a prevenção das mesmas, conferindo-se a definição dos problemas e as escolhas das medidas necessárias a seu controle. Reforçou as dicotomias teoria-prática, psíquico-orgânico e indivíduo-sociedade.

Arouca (1975) afirma que o caráter individualista e a intervenção terapêutica da medicina afastaram-na dos *reais* problemas de saúde da comunidade:

Da educação médica que, dominada pela ideologia curativa, estava formando profissionais que não atendiam às necessidades de atenção médica das comunidades. Este problema agravava-se para os países subdesenvolvidos, que estavam formando médicos segundo os padrões dos países desenvolvidos e que, portanto, eram estranhos ao seu próprio meio social (AROUCA, 1975, p. 9).

Este modelo baseia-se e, ao mesmo tempo, reforça a percepção simplista, fragmentada, a visualização do ser humano em partes específicas. Contudo, dependente do sistema (corpo) em seu conjunto, pois, isoladamente não conseguiria sobreviver. A noção de sistema implica na condição segundo a qual as partes funcionam para o todo e cada uma em caráter especializado e exclusivo. Favoreceu a especialização médica, composta por profissionais da saúde especialistas em disjunção, pertencentes a instituições científicas separadas por departamentos, limitados aos seus específicos e soberanos conhecimentos, porém com uma imensa dificuldade de comunicação interdisciplinar, incapazes, segundo Bachelard (2005, p. 293) “de aceitar como pensamento objetivo um pensamento que ele, pessoalmente não objetivou”.

As ações preventivas em saúde definem-se como intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas a partir dos conhecimentos sobre sua trajetória, procurando reduzir sua incidência e prevalência, mas que não designa um mundo saudável em si, pois não garantem sua positividade total nos resultados.

Minayo (1993) discorre sobre as dificuldades das relações com modelos e padrões para se valorizar e reconhecer os aspectos culturais e afirma que qualquer ação de prevenção deve identificar os grupos sociais ao qual se destinam e avaliar as crenças, as atitudes, os valores que compõe os aspectos culturais deste grupo.

Mais do que a aceitação da conjunção de crenças, atitudes e valores, cabe-nos considerar que os processos nos quais podemos organizar sistemas ou programas

preventivos necessitam de automonitoramento do próprio processo e da inclusão da ciência e dos cientistas na formação social da doença. Daí decorre condições de legitimação social e elaboração processual de prevenção. Em resumo, condições de reflexão sobre a pedagogia da ação para constituição de modelos preventivos permanentemente monitorados pelos agentes sociais envolvidos (o que inclui, insista-se, a ciência e práticas científicas). Assim, procedemos a reflexões críticas sobre a ciência tradicional que se caracteriza por visualizar o fenômeno independentemente do observador que o descreve. Estudar um indivíduo em seu contexto requer a ampliação do foco do objeto e também a observação entre os objetos envolvidos. E ainda assim o conhecimento seria relativo às condições em que foi observado (VASCONCELLOS, 2003). Não se pode excluir a formação teórica do observador, pois ao se verificar as informações prestadas pelo mesmo, adquirem o tom que o cientista escolheu para classificá-lo, produzi-lo e descrevê-lo. Portanto, torna o conhecimento sobre o grupo social identificado a partir de seu caráter relativo.

Dupuy (1996) delimita com grande habilidade a atenção sobre a experimentação na ciência, descrevendo o modelo como inversão de “realidades”, pois quando referimo-nos ao modelo adotado, por vezes esquecemos que o mesmo limita-se a uma imitação do fenômeno observado. Portanto, mais fácil de ser manuseado e repetido, eliminando a identidade e a natureza na relação em que acontecem no ambiente de origem.

Os modelos têm, pois vida própria, uma dinâmica desligada da realidade fenomenal. Em sua atividade modelizadora, o cientista projeta sua mente no mundo das coisas. [...] o modelo é tão mais puro, tão melhor controlável do que o mundo dos fenômenos: existe o risco de que ele se torne o objeto exclusivo da atenção dos cientistas (DUPUY, 1996, p. 25).

### 3.3 CONCEITUANDO PROMOÇÃO E PREVENÇÃO – ESPECIFICIDADES E DIFERENÇAS.

Observa-se que ao pesquisar sobre prevenção em saúde é comum o aparecimento do conceito promoção de saúde, o que dispõe a importância de diferenciar os conceitos e tornar claro suas referências.

Soto (1997) aponta uma paridade entre o modelo preventivista e aquele orientado pela promoção da saúde: ambos têm como desígnio a saúde. Apesar disso, há divergência na concepção de saúde subjacente a cada modelo. Na **prevenção**, a saúde é compreendida em oposição à doença e como sendo um estado idealizado e estanque a ser buscado.

Contrariamente, a perspectiva da **Promoção da Saúde** que prevê uma relação saúde-doença como processo: a saúde não é uma meta a ser atingida, mas sim um recurso positivo aplicável à vida cotidiana das pessoas e comunidades e compreendida como um componente dinâmico das experiências e manifestações da vida. (destaques nossos).

A promoção em saúde exerce influência na organização do sistema de saúde de um país, e rompe com a supremacia do modelo biomédico, constituindo-se numa nova maneira de interpretar saúde e doença. Um dos marcos inicial sobre promoção da saúde encontra-se no documento oficial do Governo do Canadá “A new perspective on the health of Canadians”, no qual Lalonde (1974 apud BUSS, 2000) aborda a necessidade de quatro componentes fundamentais para se efetivar o tema promoção:

- (i) biologia humana
- (ii) meio ambiente
- (iii) estilos de vida
- (iv) e a reorganização da atenção à saúde

E questiona a eficiência do modelo de atenção à saúde praticada naquele país, seus custos e resultados...

[...] Até agora, quase todos os esforços feitos pela sociedade para melhorar a saúde e a maioria dos gastos diretos em saúde centraram-se na organização dos serviços de atenção sanitária. Sem dúvida, quando identificamos as principais causas atuais de doença e morte no Canadá, vemos que estão arraigadas nos outros três elementos do conceito: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Portanto, é evidente que se gastam grandes somas no tratamento de doenças que poderiam ser evitadas (LALONDE, 1974 apud BUSS, 2000, p. 167).

A promoção da saúde propõe uma modificação das condições de vida para que sejam dignas e adequadas. Além disso, aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que seja predominantemente favorável à qualidade de vida e à saúde, incluindo a participação da comunidade no controle destes processos para que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar. Necessita também da adoção de ações cotidianas nos serviços de saúde, capazes de promover a autonomia das pessoas, sejam elas indivíduos ou profissionais para que então “saúde” seja percebida como um resultado das condições de vida de uma maneira global.

No Brasil, a conceituação ampla de saúde, incluindo a noção de promoção da saúde,

foi incorporada ao Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL/MS, 1986 apud CZERESNIA, 2003, p. 46).

Outra similaridade entre prevenção primária e promoção da saúde é o enfoque coletivo, ou seja, o trabalho com grupos, comunidades ou até mesmo parcelas da população. O que diferencia os dois modelos, no entanto, são os objetivos, a metodologia e concepção de educação empregada e o papel da população envolvida nas ações.

Portanto, na prevenção são identificados grupos de riscos específicos para os quais se voltam às ações preventivas focadas na redução e controle desses fatores de risco, assim como na proteção dos indivíduos e grupos contra tais fatores. A Promoção da Saúde é mais ampla, pois se dirige não somente a grupos específicos, mas também à população em geral, grupos, comunidades e a processos sociais, culturais e políticos que influenciam a qualidade de vida da população. Vale, aqui, lembrar que as ações de promoção da saúde são extensivas aos sujeitos e também aos seus ambientes – tal como as propostas de ambientes saudáveis em empresas, escolas, hospitais, empresas etc. – e a grupos com demandas e necessidades específicas.

Portanto a diferença encontra-se nas concepções que orientam as práticas e no foco das ações. O alvo das ações de promoção está na participação de todos os setores da sociedade na busca da transformação dos determinantes das condições de vida e saúde, via construção de políticas públicas não mais somente de saúde, e sim todas aquelas que envolvam a formação de ambientes saudáveis, enquanto que o foco da prevenção está nos indivíduos e em ambientes específicos (RESTREPO, 2001).

Neste contexto é possível claramente diferenciar os conceitos de promoção de saúde e prevenção. **Promoção** em saúde possui um sentido amplo, priorizando as condições de vida e trabalho que devem articular-se de forma a aperfeiçoar a construção e a execução das práticas de saúde. A prática da promoção de saúde necessita de profundas transformações em relação à postura, comportamentos e ações em relação à saúde por parte dos indivíduos, pois se espera que os mesmos exerçam comportamentos preventivos em saúde. O conhecimento de como se instalam doenças específicas, o agente transmissor, a

epidemiologia, a redução da exposição ao risco de doenças crônico-degenerativas ou qualquer outro agravo específico que possa ser detectado fortalecem o conceito de **prevenção** em saúde. (destaques nossos).

Reforçamos, portanto, que para que um indivíduo perceba, compreenda e adote comportamentos preventivos é imperativo que lhe seja oferecido o mínimo necessário de conhecimentos, acessos e participação nos mecanismos que atuam nos diversos fatores que interpõe a saúde. É necessário inicialmente que se superem desigualdades sociais, oferecendo-lhe oportunidades de mudanças de comportamentos e práticas em relação ao seu bem-estar. Compreende-se, então, a diferenciação entre os termos, mas também a dependência dialógica entre prevenção e promoção. (grifo nosso).

Pitts (1996) descreve que os comportamentos preventivos em saúde adotados pelos indivíduos podem manter ou até mesmo aumentar a própria saúde. São atos individuais interpretados por condutas diárias adotadas ou não que sugerem riscos ou perigos mediados pela execução destes comportamentos. Faz referência a inúmeros exemplos: limpeza diária dos dentes, o uso restrito da gordura na alimentação diária, a prática de atividade física, o uso de cintos de segurança, o controle sobre a ingestão de açúcar e sal na dieta e a exposição solar adequada.

A constatação de Pitts (1996) foi decorrente das pesquisas biológicas e epidemiológicas sobre agentes causais e fatores de risco. Segundo Goulart (1999) relaciona-se as doenças degenerativas a fatores causais do ambiente, como radiações, substâncias químicas tóxicas, e a estilos de vida, como o hábito de fumar, o consumo de alimentos gordurosos, de álcool e a falta de exercícios físicos.

Fica claro que a adoção de comportamentos preventivos de saúde encontra-se vinculado diretamente a fatores sociais, psicológicos e ambientais. Pitts (1996) e Teixeira (2001) referem-se ainda aos padrões culturais. Estes fatores possuem um significado na organização interna dos saberes individuais e influenciam na maneira individual e coletiva de tentar se explicar a causa de uma doença, superstições e mitos. Em síntese, podemos observar estas distinções no seguinte quadro:

Quadro 1: Comparação entre Promoção e Prevenção em Saúde

Promoção	Prevenção
Seu objetivo é maximizar a saúde e os recursos para tal	Seu objetivo é a ausência de doença
Sentido amplo – exige a remissão do observador na observação e no contexto socioecológico	Sentido restrito – exige seguir a trajetória dos agentes de transmissão e das formas existência da doença
Baseia-se na identificação das necessidades e condições de vida das pessoas respeitando as singularidades, diferenças e subjetividades individuais e coletivas.	Baseia-se no conhecimento da doença
Pretende modificar comportamentos e práticas em relação à saúde e ao meio ambiente	Atos e comportamentos individuais, adotados ou não, diários.
Dependente das opções a serem oferecidas ao indivíduo para que o mesmo possa elaborar suas transformações individuais e praticar a prevenção.	Dependente de fatores sociais, psicológicos, ambientais e culturais, que advêm da promoção da saúde.
Esclarecem comportamentos de risco incluindo as relações entre fenômenos; seu enfoque é coletivo, população em geral, grupos, comunidades	Identifica-se e determinam comportamentos de grupos de risco específicos para quais se voltam às ações de prevenção segundo a trajetória do fenômeno.
Sua atividade é praticamente baseada num campo social, e combina diversos objetivos e recursos, incluindo: desenvolvimento comunitário, construção da cidadania, informação e comunicação social	Seu campo de ação é mais limitado e vale-se da divulgação fundamentada de informações técnico - científicas na busca de normatizações, prescrições e recomendações para mudanças de hábitos e comportamentos de indivíduos e grupos de risco
Identidade do grupo e senso coletivo	Auto-identidade e individualidades
Requer novas formas de pensar e agir	Requer aceitar o pensar e agir
Necessita da transdisciplinaridade para ser formulado	Requer aceitar a pluridisciplinaridade
Indivíduo e sociedade num mesmo contexto	Indivíduo e sociedade em contextos diferentes.
Promove a saúde com uma abordagem complexa	Previne a doença mantendo-se saudável
Baseia-se nos modelos sociais, sinalizando a importância de pesquisas, dados, enfoques e metodologias que possa contemplar a complexidade do processo saúde-doença e da sua relação com a qualidade de vida.	Baseia-se em pesquisas quantitativas, com base no modelo biológico.

Fonte: A autora

Neste sentido a saúde pública em curso no Brasil procura encaixar-se teoricamente no que Vasconcellos (2003) denomina de mudança de paradigma da ciência, ou ciência novo-

paradigmática emergente. Seria uma mudança de paradigma, ou um novo paradigma? Seria uma nova maneira de ver o mundo, ou uma nova maneira de atuar no mundo?

O quadro abaixo pretende comparar estes modelos científicos.

Quadro 2: Comparação entre Paradigma Tradicional e Paradigma Emergente

Paradigma tradicional da ciência	Ciência nova paradigmática emergente
<b>Simplicidade</b> Análise Relações causais lineares	<b>Complexidade</b> Contextualização Relações causais recursivas
<b>Estabilidade</b> Determinação – previsibilidade Reversibilidade – controlabilidade	<b>Instabilidade</b> Indeterminação – imprevisibilidade Irreversibilidade – incontrolabilidade
<b>Objetividade</b> Subjetivo entre parênteses <i>Uni-verso</i>	<b>Intersubjetividade</b> Objetividade entre parênteses <i>Multi-versa</i>

Fonte: Vasconcellos (2003, p.103)

## CAPÍTULO 4

*“A importância da saúde na cultura atual elabora a hipótese de que o apelo à saúde se tornou tão importante na cultura moderna tanto quanto os valores que asseguram sua presença estão ausentes.”*  
(LUZ, 1999)

### COMPORTAMENTO HUMANO - ESTILO DE VIDA, RISCOS E PERIGOS.

Para se discutir estilo de vida necessita-se compreender que o comportamento humano nem sempre se faz por livre arbítrio (ainda que relativamente em referências socioecológicas nas quais se vivem, ou que se é produtor e produto simultaneamente), ou seja, uma escolha que dependa única e exclusivamente da vontade própria e, muitas vezes, não existem opções disponíveis. Assim, quando se observam contextos de miséria ou onde as alternativas são mínimas ou praticamente inexistentes, “os indivíduos são impelidos a não elegerem estilos de vida para viver, e sim somente a elaborarem meios de sobreviver” (CASTIEL, 2004, p. 143).

O indivíduo visto como agente social não é somente autor de suas ações, ele é também resultado delas próprias. Pois a forma como percebemos o mundo social, a maneira como nosso “habitus” é constituído, nos impele a congregar novos valores e crenças que irão intervir em nossa maneira de agir, pensar e julgar a realidade social (BOURDIEU, 2001; RAMOS & JANUÁRIO, 2007). Acostumamo-nos ao costume e repetidamente executamos tarefas sem perceber a forma como a mesma é efetuada. Acreditamos que nascemos com essas estruturações pré-definidas, porém nossas atitudes ou posturas perante a vida são formas adquiridas pelo “habitus” (RAMOS & JANUÁRIO, 2007).

O paradoxo do estilo de vida e a idéia de riscos encontram-se na dimensão de que ao adotar certas escolhas comportamentais para se obter os ganhos sociais, se escolheria também a exposição a riscos e que esta opção seria racional.

Maciel (1999) aborda a adoção destes comportamentos fazendo referência às condições socioeconômicas, inclusive a educação formal do indivíduo, renda familiar, idade, condições de moradia e a própria percepção da doença e a forma pela qual este indivíduo



atribuiu ao cuidado médico a resolução do seu problema ou a procura por cuidados alternativos, citando como a procura por amigos, família e religião.

Riscos e perigos estão intimamente relacionados, porém são distintos. Giddens (1991) menciona que o risco pressupõe o perigo: quando efetuamos uma ação de risco, os resultados esperados são ameaçados pelo perigo, porém nem sempre estamos conscientes destes perigos. Entram, então, os sentimentos de confiança que reduzem os perigos que tal risco ofereça. A modernidade comprometeu também a noção de destino; as noções de que tudo é previsível, agora é permeada pelos riscos.

Aceitar o risco como risco, orientação que nos é mais ou menos imposta pelos sistemas abstratos da modernidade, é reconhecer que nenhum aspecto de nossas atividades segue um curso predestinado, e todos estão expostos a acontecimentos contingentes (GIDDENS, 2002, p. 33).

Castiel (1996, p. 245) faz referência ao fato de que “os indivíduos adotarão medidas preventivas conforme as percepções de severidade e suscetibilidade do perigo ou risco que se encontram”. Giddens (2002) descreve o quanto a modernidade confronta o indivíduo, oferecendo-lhe uma variedade complexa de escolhas de como viver. Entretanto, afirma que a mesma oferece pouca ajuda sobre quais opções devem ser escolhidas. É como um computador sem manual de instruções, cada usuário decide qual botão apertar, apesar de saber a utilidade do mesmo, não tem idéia de como usar.

Não nos resta escolha, senão escolher nossas vidas, e a estas escolhas denomina-se estilo de vida. Então, estilo de vida pode ser compreendido como um conjunto de pequenas decisões abertas a mudanças, que conferem auto-identidade ao indivíduo, influenciado por pressões de grupos, visibilidade de modelos sociais, ambientes e circunstâncias socioeconômicas. Contudo, decidir ignorar orientações e adotar comportamentos diferentes também faz parte de um estilo de vida (GIDDENS, 2002).

Daí transcorre a idéia da promoção e prevenção de saúde para os quais programas educativos públicos são necessários para reduzir os índices de certas patologias. Seria, então, competência das políticas públicas promoverem programas abrangentes de promoção e prevenção de saúde, compreendendo informação, educação, acesso, comunicação de massa com qualidade e cuidado especial ao amplo leque de fatores relacionados com a qualidade de vida indo além do contexto biológico e mesmo científicos.

#### 4.1 A MODIFICAÇÃO NOS HÁBITOS DE VIDA DECORRENTES DA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

A partir da revolução industrial<sup>14</sup>, observou-se um crescimento acelerado das cidades, na maioria das vezes com pouco ou nenhum planejamento e implantação nos principais fatores determinantes de saúde, como: saneamento básico (abastecimento de água tratada, coleta através de rede de esgoto e suas respectivas estações de tratamento), coleta de lixo (planejamento de aterros sanitários e coleta seletiva do mesmo), energia elétrica, pavimentação de vias públicas, proteção de fundos de vales, preservação ambiental.

Portanto, o conceito de qualidade de vida, interpretado agora como índice de desenvolvimento humano (IDH)<sup>15</sup> e o entendimento dos fatores que o caracterizam, favorece ou determinam o estado de saúde redirecionando o problema de encontro às condições a que o corpo do indivíduo está submetido em seu meio de vida.

A industrialização desencadeou e redefiniu não só os conceitos de padrão de vida, mas também de saúde e doenças, e proporcionou imensurável avanço tecnológico que marcou profunda e indiscutivelmente os progressos na área da saúde. Proporcionou também o aumento de expectativa de vida e com isso o envelhecimento da população, redução das taxas de natalidade e mortalidade, alterando, portanto, práticas relativas à saúde-doença (GUERRA et.al., 2005). A industrialização provocou, além da modernização, o progresso tecnológico e a valorização da ciência, também a desvalorização do homem e rebaixou seus valores a um segundo plano.

Nos países do Primeiro Mundo, o desenvolvimento da perspectiva de prevenção de doenças direcionou-se aos estudos clínicos e epidemiológicos voltados para doenças não

---

<sup>14</sup> A Revolução Industrial consistiu em um conjunto de mudanças tecnológicas com profundo impacto no processo produtivo em nível econômico e social. Iniciada na Inglaterra em meados do século XVIII, expandiu-se pelo mundo a partir do século XIX. Ao longo do processo (que de acordo com alguns autores se registra até aos nossos dias), a era agrícola foi superada, a máquina foi suplantando o trabalho humano, uma nova relação entre capital e trabalho se impôs, novas relações entre nações se estabeleceram e surgiu o fenômeno da cultura de massa, entre outros eventos. Essa transformação foi possível devido a uma combinação de fatores, como o liberalismo econômico, a acumulação de capital e uma série de invenções, tais como o motor a vapor. O capitalismo tornou-se o sistema econômico vigente. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Revolução\\_Industrial](http://pt.wikipedia.org/wiki/Revolução_Industrial)> acesso em 20 de fevereiro de 2010.

<sup>15</sup> O IDH é um indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo PIB real *per capita*; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Renda, educação e saúde seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas. (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000) disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>> acesso em 18 de novembro de 2009.

transmissíveis, degenerativas ou condições crônicas<sup>16</sup>. Isso ocorreu em função da chamada transição epidemiológica a partir da década de 50 do século XX. Técnicas de exames complementares com sofisticação crescente aperfeiçoaram as ações preventivas com base no diagnóstico precoce. Desenvolveram-se recursos para prevenção de certas doenças, incapacidades e mortes por determinados problemas como: cardiopatia isquêmica, algumas formas de câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas etc.<sup>17</sup>

Na medida em que o acesso ao consumo (um dos atributos relacionais entre processo industrial, capitalismo e concepção de vida social) foi convertido no objetivo principal para se usufruir de níveis satisfatórios de bem-estar, bons níveis de saúde passaram a ser vistos como possíveis na estreita dependência do acesso a tecnologias diagnóstico-terapêuticas. A eficácia e a efetividade das mesmas passam a confundir-se com seu grau de sofisticação. Como decorrências inevitáveis do aprofundamento no conhecimento dos *pedaços* do organismo aparecem as super e subespecializações desbancando o antigo clínico geral ou como era também conhecido o médico de família.

Zuben (2006) faz referência às realizações das descobertas e do avanço das ciências e da tecnologia, as quais são capazes de despertar sentimentos paradoxais causados pela essencial ambivalência dessas realizações, e pela imprevisibilidade de seus efeitos.

De fato o avanço nas descobertas da medicina tem proporcionado inequívoca melhora nas condições de vida da humanidade e o prolongamento à vida. Por outro lado é crescente o aumento de problemas, riscos e agravos a própria saúde do indivíduo e para o meio ambiente. Certamente um dos principais elementos que participam na construção do “espírito de risco” da sociedade moderna, está localizado e decorrente da própria produção

---

<sup>16</sup>O termo condições crônicas compreende tanto as doenças não transmissíveis (por exemplo, doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma), quanto algumas doenças transmissíveis como o HIV/AIDS, a tuberculose, a hanseníase, as doenças mentais e as deficiências físicas. As condições crônicas não são mais vistas da forma tradicional como doenças não transmissíveis, consideradas de forma isolada ou como se não tivessem nenhuma relação entre si. As condições crônicas, então, envolvem: as doenças não transmissíveis, as doenças transmissíveis persistentes, os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas e estruturais contínuas.

<sup>17</sup>**Cardiopatia isquêmica:** Doença ocasionada por um déficit na circulação nas artérias coronarianas e outros defeitos capazes de afetar o aporte sanguíneo para o músculo cardíaco, causando disfunção no ventrículo esquerdo. **Câncer:** Do latim câncer, caranguejo. Tem esse nome, pois as células doentes atacam e se infiltram nas células saudáveis como se fossem os tentáculos de um caranguejo. Sinônimo de carcinoma (Tumor maligno formado de células epiteliais que infiltram as estruturas vizinhas podendo ocasionar metástases).

**Doenças pulmonares obstrutivas crônicas:** Limitação crônica ao fluxo aéreo causada por bronquite crônica e ou enfisema (Condições dos pulmões caracterizadas por aumento além do normal no tamanho dos espaços de ar distantes aos bronquíolos terminais, tanto pela dilatação dos alvéolos ou da destruição das suas paredes).

Disponível em: <[http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed\\_0001\\_aa.php](http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_aa.php)> acesso em 19 de fevereiro de 2008.

científica.

O sistema de saúde atualmente se encontra totalmente dependente destes recursos tecnológicos. Os hospitais são representados por uma gama imensa de equipamentos de alta tecnologia, sem os quais certamente seria muito mais complicado o atendimento imediato, efetivação dos tratamentos com maior segurança para toda equipe multidisciplinar, realização de exames de alta complexidade, obtenção de diagnósticos com maior precisão de informações e mais rapidamente, administração de medicamentos, realização de cirurgias complexas, obtenção de imagens não invasivas do interior do corpo humano. Em resumo é a tecnologia colocada à disposição da manutenção da vida. Porém, os processos tecnológicos trilham referências realizadas pela astronomia (imagens) e pelas ciências essencialistas (procura da essência de existência de um fenômeno), especialmente no campo da ampliação macro e microvisuais dos fenômenos.

De forma direta podemos afirmar que o conhecimento que produzimos e que nos serve de referência estão diretamente relacionados às nossas possibilidades e limites biológicos de produção de conhecimento. Isto é, conhecemos por meio das condições neurobiológicas que temos estruturadas como sistemas vivos e, dificilmente, passamos a nos posicionar no processo de conhecimentos pelos nossos limites, tal qual o fato que nossos olhos não vêem que não vêem (MATURANA e VARELA, 2001. grifo nosso).

Mas é fato que uma parte considerável da população não possui acesso ou condições econômicas para usufruir de tal benefício. Cria-se, assim, um paradoxo para o sistema tecnológico, que ao trazer benefícios a uma parte da humanidade, submete a grande maioria a uma situação de exclusão pela impossibilidade de usufruto de tais benefícios (ELLUL, 1982 *apud* ZUBEM, 2006).

Discutindo especificamente o caso brasileiro de assistência a saúde, além da imensa exclusão social, Lima-Gonçalves (2002) revela a insuficiência no modelo, quando faz referência às filas de atendimento do sistema público de saúde. Acreditamos que uma das razões para tal seja a má distribuição das unidades assistenciais, que privilegia áreas centrais dos grandes centros urbanos, marginalizando as periferias, mas isso ainda seria insuficiente.

Estenda-se esta desigualdade também quando comparamos o número de leitos hospitalares existentes em todas as regiões do País:

[...] os extremos são representados pela região sudeste, 45,5% dos leitos, contra 4,7% de leitos na região norte. É bem verdade que a população tem distribuição semelhante, com 42,6% na região sudeste e 7,3% na região norte. Apesar disto, a relação de leitos por mil habitantes é de 3,4% na região sudeste contra 2,1% na região norte. Estima-se também que 70% dos municípios da região norte e nordeste não possuam leitos hospitalares, caindo para 50% na sudeste e 30% na região sul. Os médicos situados nas capitais da região norte são 15 vezes maiores que no interior; e quando se compara a região sudeste o número é de 5 na capital para 1 no interior (GONÇALVES, 2002, p. 43-44).

Fácil, então, entender porque a distribuição de médicos é igualmente heterogênea: o autor acima citado refere que a relação no Brasil de médicos por mil habitantes é de 0,52 na região norte e 1,69 na região sudeste. Melhores condições de trabalho refletirão em melhor distribuição de profissionais médicos.

Existe uma dependência entre os interesses econômicos no setor de saúde e a inclusão tecnológica no processo de atendimento médico e prestação de serviços. Os avanços tecnológicos são fatores fundamentais na dinâmica do setor de saúde, ao atendimento de necessidades urgentes nos serviços hospitalares, ambulatoriais e na própria prática médica em si, e tem como consequência a expansão da cadeia industrial de produção dos equipamentos indispensáveis: quando se faz necessário recorre à importação de tecnologia para prover a demanda.

Desta forma, quando se refere que a tecnologia desumaniza, seria mais adequado afirmar que não é a tecnologia propriamente dita, mas sim a maneira como ela é empregada e distribuída. Não se podem deixar de lado às questões políticas e econômicas que norteiam as escolhas, adoção, implementação, distribuição e acesso à tecnologia empregada no serviço de saúde pública, que em muitas vezes corrompe as diretrizes e prioridades do setor e expectativas dos profissionais de saúde.

Ao tratarmos da medicina e da saúde pública como algo que primariamente deveria ser considerado um bem público, era de se vislumbrar um desenvolvimento tecnológico amplamente acessível, especialmente no contexto da suposta globalização em que vivemos.

No entanto, o que é demonstrado pela OMS é que em 1996 estimou-se que apenas 4% do investimento global em pesquisa e desenvolvimento dedicada às patologias que constituem o número de doenças que acometem países de baixa e média renda, e que 2% do desenvolvimento industrial destinavam-se à produção de vacinas e medicamentos que poderiam ser acessíveis e eficientes nesses países (BUSS, 2000).

Muitas vezes a qualidade dos serviços prestados por uma entidade médica ou de saúde está totalmente ligada à tecnologia empregada, tornando-a legitimadora do ato do profissional de saúde e da instituição que a adotou, diminuindo o peso (quando há por intenção pedagógica) de qualidades humanas envolvidas no atendimento. Isto tudo porque quando pensamos na assistência à saúde, de imediato vem-nos ao pensamento a aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas. Seria a ciência produzindo o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transformando esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, e os profissionais de saúde aplicando esses saberes e instrumentos para a produção da saúde: o ser humano em último lugar na cadeia dos serviços.

É correto afirmar que tais progressos tecnológicos se tornaram possíveis através do trabalho, empenho e desenvolvimento humano, e que todo este desenvolvimento foi, enquanto meta, em favor do próprio homem. Contudo, em decorrência desta ação os aspectos humanos, éticos, religiosos e até mesmo de crenças deram lugar a algo que parece ter se autonomizado em termos de valor e importância: a própria máquina.

Esta relação com a máquina mecanizou o cuidar da doença e o cuidar do doente. “Esta visão tecnicista leva a uma inversão de valores, preocupação excessiva com a máquina e pouca preocupação com o ser humano internado” (BETTINELLI, 1998, p. 15) numa síntese: “não poderemos lhe atender pois o equipamento ‘x’ quebrou”. Hoje se sabe muito sobre a máquina e pouco ou quase nada sobre a pessoa que a utiliza: o paciente deixa de ser o sujeito para torna-se o objeto de determinações e cuidados médicos, diga-se aqui, que no leito hospitalar ele torna-se um número, desprovido de um nome, desejos, sentimentos, que muitas vezes não pode ou não consegue exprimir suas vontades próprias.

Ao mesmo tempo, os apelos aos sistemas de “diagnósticos por imagem” muitas vezes intitulando a capacidade de identificação de doenças e formas de tratamentos decorrentes do diagnóstico preciso implicam na ampliação das capacidades biológicas humanas para os tratamentos científicos: quando o olho vê o que não seria possível tão rapidamente.

#### 4.2 A EPIDEMIOLOGIA COMO ABORDAGEM METODOLÓGICA

Epidemiologia significa estudo de todas as ocorrências que podem afetar a população

como um todo, e consiste numa perspectiva comunitária à compreensão das enfermidades.

Especificamente, na oncologia a epidemiologia registra que 70% a 90% dos casos de câncer estão relacionados a determinantes ambientais (THULER, 2004). O agravante do processo não está nos resultados, mas sim na forma de obtê-los. As pesquisas ocorrem por meio observacional, gerando problemas susceptíveis a vieses e ao erro. O tipo de abordagem metodológica, referenciada na ciência tradicional ou reducionista, utilizada para o estabelecimento de parâmetros para desenvolvimento da pesquisa remete a idéia de que:

Para que uma associação causal seja aceita como verdadeira [...] além de cumprir os critérios clássicos de causalidade como plausibilidade biológica, temporalidade (a causa deve preceder o efeito), força de associação (medida pelo risco relativo), deve ter seus aspectos metodológicos cuidadosamente analisados (THULER, 2004, p. 151-152).

Esta proposta hegemônica de se fazer prevenção através de uma epidemiologia matemática, construída através de observação única, segundo a qual o adoecimento e morte são mensurados de forma mecânica e são traduzidos pelos indicadores de saúde, devem ser ultrapassados, no sentido de ir além. Por exemplo, no caso de análise sobre o câncer de pele, além de considerar a variável idade, sexo, tempo de exposição solar em ambiente de trabalho e lazer, predisposição genética (apesar de etnia<sup>18</sup> ser o maior predisponente, muito mais do que o genético), hábitos individuais e tabagismo, é necessário contextualizar estilos de vida e a dimensão ambiente sociocultural no qual ocorre o fenômeno – pois de maneira paradoxal, a magnitude deste contexto é capaz de promover a adesão ao que não seria saudável –, é também capaz de incitar a adoção de comportamentos salutaros.

Assim, passamos a incluir os contextos socioculturais e práticas sociais tanto em suas áreas de ocorrência, quanto das possibilidades de cientistas atuarem reconhecendo estes contextos e promovendo a prevenção de acordo com condições historicamente reconhecidas no grupo social.

---

<sup>18</sup> Compreenda-se etnia aqui, como um conjunto de um povo com as mesmas características e hábitos sociais e culturais, independente de sua origem. Que intensificam a prática das variáveis de predisposição ao câncer de pele.

## CAPÍTULO 5

*“Num mundo onde as ações somente são válidas para se atingir algum fim prático e útil, o corpo acaba tornando-se apenas instrumento para se atingir estes objetivos”*  
(PEDROSA, 2000).

### UMA BREVE HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL SOBRE O CÂNCER

O maior produtor de políticas públicas é por excelência o Estado, ou seja, o governo deste Estado. Aquilo que ele faz ou deixa de fazer é passível de ser formulado cientificamente, e também de ser analisado viabilizando o entendimento do como e do por que os governos optam por este ou aquele modelo de fazer política.

Segundo Souza (2006) não existe uma única, nem melhor definição para o que seja uma política pública. A autora cita entre vários autores as seguintes definições:

[...] pode ser definido como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz das grandes questões públicas, ou como um conjunto de ações governamentais que irão produzir efeitos específicos, ou a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Ou ainda o que o governo escolhe fazer ou não fazer, e por fim, decisões e análises sobre políticas públicas implicam em responder as seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença isso pode fazer (SOUZA, 2006, p. 24).

No entanto, observando que as políticas públicas de saúde repercutem na economia e na sociedade que na qual será implantada, não se pode elaborá-las sem a busca das teorias construídas no campo da sociologia e de todas as áreas que se fizerem necessárias. As mesmas integram-se ao campo de atuação de ações sociais do Estado ou particulares que visam à melhoria das condições de vida e saúde da população. Especificamente devem aparelhar as funções tanto públicas como privadas no sentido de promover, prevenir, proteger e recuperar a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Desde 1988 o Brasil orienta-se através da constituição federal promulgada naquele ano, que prevê os princípios da universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de “descentralização” da gestão, de “integralidade” do atendimento e de “participação da comunidade” na organização de um sistema único de saúde no território



nacional.

Ao assumir o modelo de seguridade social descrito na constituição em vigor, o Brasil ostenta e determina que saúde seja direito de todos e dever do Estado. Observando-se que as políticas públicas se consolidam através da ação participativa dos sujeitos sociais e da eficiência das atividades institucionais que as desempenham, estudando seus contextos e avaliando seus resultados, percebe-se que o acompanhamento e a avaliação constante da sua eficácia devem ser permanentes.

Portanto, no contexto da realidade brasileira, cabe investigar a respeito da formulação e implementação das políticas públicas de saúde. É possível observar os princípios da universalidade e equidade na prestação de atendimentos de saúde na rede pública e/ou privada no país? Quais barreiras ou restrições existem a este acesso? As ações e os serviços prestados estão sendo planejados e implantados em conformidade com a necessidade de saúde da população?

Não temos intenção de responder tais contextualizações, pois foge ao nosso objetivo, mas sua menção é válida.

## 5.1 HISTÓRICOS DO CONTROLE DO CÂNCER NO BRASIL – CRIAÇÃO DO INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA)

Segundo informações do Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2005), o histórico nacional do Câncer no Brasil nas duas primeiras décadas do séc. XX apresentam que enquanto as endemias<sup>19</sup> eram prioridades nas políticas públicas de saúde, o câncer despontava entre as doenças com maior número de óbitos no mundo.

Em 1920, no governo de Epitácio Pessoa, inicia-se o processo da inclusão da patologia câncer como sendo de responsabilidade da saúde pública sua prevenção, tratamento e cura e, portanto prevendo a inclusão de propostas anticâncer na legislação sanitária. Em 1937 Getúlio Vargas criou através do decreto lei nº 378, o Centro de Cancerologia, com sede no Rio de Janeiro, em seguida dando origem ao Instituto Nacional do Câncer inaugurado no ano

---

<sup>19</sup> Designa-se como endemia qualquer fator mórbido ou doença espacialmente localizada, temporalmente ilimitada, habitualmente presente entre os membros de uma população e cujo nível de incidência se situe sistematicamente nos limites de uma faixa endêmica que foi previamente convencionada para uma população e época determinadas. Difere da epidemia por ser de caráter mais contínuo e restrito a uma determinada área. Assim, por exemplo, no Brasil, existem áreas endêmicas de febre amarela na Amazonia.

seguinte. A política anticâncer ganha status nacional em 1941, com a criação do Serviço Nacional do Câncer (SNC), com função de organizar, orientar e controlar a campanha Nacional de Câncer. A partir de 1951 as políticas de câncer ganham espaço e visibilidade entre a população, e por consequência garantia de suporte orçamentário, o que permitiu a expansão do projeto e a criação do INCA.

Já em 1954 o fortalecimento do papel e função do Sistema Nacional do Câncer faz com que orientações e elaboração de políticas afins começassem a pensar na epidemiologia da doença levando em consideração as condições ambientais, a longa extensão territorial do país e os contrastes de etnias, clima, cultura e condições socioeconômicas. Simultaneamente, os pesquisadores e cientistas concretizavam a idéia de que os sintomas da doença significavam a fase tardia da evolução clínica da patologia.

Em 1967 o decreto lei nº 61.968 institucionaliza a Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Entretanto, mesmo avançando na institucionalização, os conceitos da medicina radicalista que ressurgiu nesta época entendiam o câncer como problema individual. Em 1970 a interrupção das políticas anticâncer promove a decadência do INCA e a extinção do SNC. Em 1988, a Constituição Federal do Brasil<sup>20</sup> compõe um novo perfil da estrutura sanitária brasileira, e em 1990, através da lei orgânica da Saúde<sup>21</sup> (nº 8.080), concede-se papel diferenciado ao INCA, tornando-o agente diretivo na política nacional de combate ao câncer.

Desde então decretos presidenciais nos anos de 1991, 1998, 2000 vêm ratificando a função do INCA como órgão governamental responsável por assistir o Ministro da Saúde na Formulação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e como seu respectivo órgão normativo, coordenador e avaliador. Jacob Kligerman<sup>22</sup> também faz menção

---

<sup>20</sup> BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional nº 19, de 09 de junho de 1998. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1998.

<sup>21</sup> **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial da União (DOU) de 20.9.1990. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)> acesso em 20 de novembro de 2008.

<sup>22</sup> Jacob Kligerman, Diretor geral do Inca nomeado em 1998. Nascido e criado no Rio de Janeiro graduou-se na Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1964. Desde o início de sua vida profissional, sempre teve a Oncologia como área de interesse. De 1960 a 1964, estagiou no Departamento de Cabeça e Pescoço do INCA, onde foi residente no período de 1964 a 1967. Em 1972, foi médico visitante no Departamento de Cabeça e Pescoço do M.D. Anderson Câncer Center. No Brasil, foi pioneiro na cirurgia de base de crânio, estudos randomizados e na sofisticada técnica de reconstrução e preservação de órgãos. É consultor na área de cabeça e pescoço, membro do conselho do Journal of the American Medical Association no Brasil, com mais de 35 artigos

sobre as políticas de descentralização em respeito à estruturação do SUS citando como exemplo...

[...] as medidas para o controle do tabagismo em todo o Brasil, com o programa Nacional de Controle do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Câncer. Chegando a influenciar na aprovação da lei federal nº 10.167, restringindo as propagandas de cigarro em meios de comunicação de massa e o patrocínio do cigarro em eventos culturais e esportivos (KLIGERMAN, 2001).

Outro exemplo concreto de ação promovida pelo INCA é o Programa VIVA MULHER para detecção precoce do câncer de mama iniciado em 1996. Também em 1996 é iniciado o programa de controle de câncer do COLO UTERINO. Em 1999 o INCA criou o programa de avaliação e vigilância epidemiológica do câncer objetivando o conhecimento detalhado da doença e seus principais fatores de risco.

Em 2005 foi lançado a Política Nacional de Atenção Oncológica, promovendo ações integradas do governo e sociedade visando programar uma nova política reconhecendo o câncer como problema de saúde pública e que possa desenvolver ações para seu controle no Brasil.<sup>23</sup>

Desde 1995 o INCA pesquisa e pública informações necessárias para realizar estimativas de câncer no Brasil. A partir de 2005 as publicações têm periodicidade bienal. Os dados levam em conta as localizações primárias, desagregadas por Estado e Capitais, e utilizam as informações disponíveis sobre morbidade, mortalidade e simultaneidade de fatores associados ao câncer.

Em 2006 o INCA lança a publicação da situação do câncer no Brasil, reforçando o entendimento do câncer enquanto problema de saúde pública. O INCA promove e coordena eventos nacionais como o Dia Mundial sem tabaco (31 de maio), Dia Nacional de Combate ao

---

publicados, e editor da Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Em 1993, após mais de 18 anos como Chefe do Departamento de Cabeça e Pescoço, tornou-se Diretor do Hospital do Câncer do INCA, cargo que ocupou até 1996. Em maio de 1998, após ser eleito membro da Academia Nacional de Medicina, passou a ocupar a cadeira nº 26 na Seção de Cirurgia. Em setembro do mesmo ano, foi nomeado diretor-geral do INCA pelo Ministro da Saúde. Além de todo o seu envolvimento nas áreas pública e científica, também exerce intensa prática médica de caráter privado, recebendo pacientes de todo o país. Durante sua gestão, o INCA experimentou sólidos avanços qualitativos no que diz respeito à prestação da assistência oncológica integral e integrada, o que aumentou a visibilidade do Instituto como referência no tratamento e controle do câncer. Em janeiro de 2003, no governo Lula, o Dr. Jacob Kligerman foi substituído pelo Dr. Jamil Haddad no cargo de diretor-geral. Continuou no INCA como membro da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital do Câncer I. Entre 2005 e 2008 atuou como Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em:<[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=253](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=253)> acesso em 15 de abril de 2010.

<sup>23</sup> Informação extraída do documento: estimativas 2008 para o câncer- INCA. Pg.7. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>> acessado em 25 de novembro de 2007

Fumo (29 de agosto), Dia Nacional de Combate ao Câncer (27 de novembro).

Atualmente o INCA coordena e desenvolvem ações estratégicas nas áreas de prevenção, assistência médico-hospitalar, pesquisa, educação e informação epidemiológica para controle e combate ao câncer.

Rocha et al (2004) consideram a expressão epidemia de câncer apropriada para os números crescentes de incidência desta doença. Os autores fazem referência aos altos índices entre os anos de 1994 e 1995 nos Estados Unidos da América e no Canadá. Fazem também menção sobre os fatores de risco tais como: pele clara, olhos azuis ou verdes, cabelos loiros ou ruivos, tempo de exposição ao sol, propensão a queimaduras, sensibilidade solar e queimaduras solares na infância como sendo marcadores associativos para o desenvolvimento dos tumores cutâneos não melanomas<sup>24</sup> (TCNM). Para tanto, utilizam dados publicados em pesquisas realizadas no Brasil acrescentando a estes fatores a pele clara (Fitzpatrick I e II)<sup>25</sup>, atividades em zona rural e lesões solares pré-existentes também denominadas de queratoses solares ou actínicas<sup>26</sup>. Referem ainda que a identificação precoce dos indivíduos que apresentam os fatores de risco para desenvolver a doença melhoraria a eficácia das campanhas de detecção de lesões malignas.

---

<sup>24</sup> Melanoma é um tipo de câncer que atinge o tecido epitelial, mais especificamente a pele. Pode ser do tipo maligno e benigno. O melanoma origina-se dos melanócitos, as células que produzem o pigmento melanina que dá cor à pele. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Melanoma>> acesso em 23 de setembro de 2008.

<sup>25</sup> Ver quadro 3.

<sup>26</sup> Queratose actínica ou queratose solar é considerada uma lesão pré-maligna que surge nas áreas expostas ao sol em indivíduos de pele clara, acima de quarenta anos. Pode surgir como lesão única, mas geralmente são múltiplas. Localizam-se preferencialmente no dorso das mãos e dos antebraços, face e couro cabeludo de indivíduos calvos. Clinicamente, apresentam-se como lesões papuloescamosas, secas, ásperas, amareladas, de tamanho variável geralmente menor de um centímetro. RUSSO, L. C.; CABRAL, L. S. **Comparação entre expressão e metilação de genes supressores tumorais na progressão de queratose actínica para carcinoma espinocelular humano**. FMUSP, 2004.

Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/inrad/departamento/pgonco/arquivos/lilianluciana.pdf>> acesso em: 23 de setembro de 2008.

Quadro 3: demonstrativo da classificação de pele de Fitzpatrick<sup>27</sup> adaptada pela SBD

Ordem	Fotótipo de pele	Conseqüências da exposição solar sem proteção
I	Pele clara, olhos azuis, sardentos e todas as crianças com menos de 1 ano	Sempre queimam e nunca se bronzeiam
II	Pele clara, olhos azuis, verdes ou castanhos claros e cabelos louros ou ruivos.	Sempre se queimam e às vezes se Bronzeiam
III	A média das pessoas brancas normais	Queimam-se moderadamente, Bronzeiam-se gradual e uniformemente.
IV	Pele clara ou morena clara, cabelos castanhos escuros e olhos escuros	Queimam-se muito pouco, bronzeiam-se Bastante
V	Pessoas morenas	Raramente se queimam, bronzeiam-se Muito
VI	Negros	Nunca se queimam, profundamente pigmentados.

Fonte: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2006.

Os resultados dos estudos dos autores acima citados revelaram que as variáveis biológicas, com exceção do sexo, estiveram fortemente associadas com os resultados obtidos, e os mesmos quando ajustados para sexo e idade, fazem com que os riscos aumentem somente pela idade. Revela também que não houve associação significativa entre as variáveis...

...socioeconômicas, consumo de fumo e álcool, apesar de haver aumento de risco nas pessoas de escolaridade mais alta. É possível que os fatores socioeconômicos estejam associados a essa doença (risco ou proteção) em decorrência do tipo de trabalho ou hábitos de lazer. Quanto à variável exposição ao sol é preciso que se aponte a limitação da coleta dessa informação no presente estudo. As informações obtidas foram referentes apenas à exposição ao sol durante os períodos de trabalho, não sendo investigadas atividades de lazer. Além disso, a variável apresenta um viés de memória importante, impedindo sua quantificação correta (ROCHA et al 2004, p. 453).

Ramos, Carvalho e Mangiacavalli (2007) associam que a estabilidade ou tendência a elevação da mortalidade por câncer no Brasil revela que muito pouco se tem conseguido em termos de prevenção. Segundo Francisco Ricardo Coelho, médico do Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, IBCC (in RAMOS; CARVALHO; MANGIACAVALLI, 2007, p. 1388), "mesmo

<sup>27</sup> A definição de fotótipo do indivíduo classificado por Fitzpatrick baseia-se em grande parte, no conteúdo de melanina epidérmica da pele correspondente a sua capacidade de bronzear-se como resposta a radiação ultravioleta. PATHAK, M. A.; FITZPATRICK, T. B. Skin color and sun-reactive skin prototypes. In: FITZPATRICK, EISEN, WOLFF, FREEDBERG, AUSTEN. **Dermatology in general medicine**. 4 ed. vol. 1, cap. 22, p. 1694-1993.

com todas as campanhas de conscientização sobre a necessidade do exame precoce das mamas, a maioria dos casos de câncer ainda é detectada em estágio avançado”.

A representação social que a palavra câncer denota como a idéia de que é uma doença única e que necessariamente leva a morte, faz com que seja necessário considerar que, por primeiro, deve-se desmistificar este conceito, pois enquanto culturalmente o câncer estiver ligado à fatalidade e for visto como um problema individual, as prevenções estarão mais sujeitas a obstáculos individuais, isto é, defesas psíquicas. E a referência citada pelos autores é de que as campanhas nacionais de prevenção de câncer (de colo de útero, de próstata, de mama e bucal), em sua grande maioria remetem à idéia de morte e parece impor sobre o indivíduo uma imagem de impotência. Ressaltam também que...

Por mais que a campanha convide o indivíduo à luta, trata-se da luta contra a morte, uma "morte" sentida como absoluta e irrevogável, diante da qual toda batalha se torna homérica. De ameaça real, a morte se torna uma ameaça com uma força mística, encarnada na doença e, o que deveria ser uma luta contra a doença, embora grave muitas vezes, se transforma numa batalha perdida por antecipação (RAMOS; CARVALHO; MANGIACAVALLI, 2007, p. 1395).

Figueiras et al (2004) apontam que os programas que visam o aumento do conhecimento e consciência sobre os perigos da exposição solar excessiva e inadequada, levam a somente um aumento de conhecimento do público em geral, mas não demonstram alteração do comportamento relativo ao uso de protetores solares ou vestuários protetores. O autor refere que o aparente insucesso das campanhas de prevenção ao câncer em produzir alteração do comportamento de risco, reflete a necessidade de identificar fatores que poderiam ter maior influência neste tipo de comportamento. Neste sentido, a percepção das crenças individuais e coletivas acerca do conceito saúde e doença podem favorecer a identificação destes fatores.

## 5.2 CAMPANHAS NACIONAIS CONTRA O CÂNCER DE PELE

O INCA é também responsável pela orientação e a realização de políticas públicas e ações nacionais para o controle do câncer no país. É sua a responsabilidade de desenvolver programas nacionais e ações estratégicas de detecção e prevenção precoce do câncer em parceria com as secretarias municipais e estaduais. Os programas nacionais de maior

repercussão são:

Controle do tabagismo: em 15 anos de ações o programa reduziu o percentual de fumantes na população em cerca de 40%. [...] Controle dos cânceres de mama e colo do útero: reduzir a mortalidade é a meta deste programa, para isso preconiza o acesso ao diagnóstico precoce através do exame preventivo, do exame clínico das mamas, além do tratamento adequado do tumor [...]. Expansão da assistência oncológica integral por meio da expansão e implantação de centros de alta complexidade em oncologia [...]. E, por último, o programa de qualidade em radioterapia: que prevê condições técnicas para que as instituições de serviços de radioterapia do SUS apliquem a radioterapia com qualidade e eficiência (INCA, s/d). (destaque nosso).

O Dia (27 de novembro) Nacional de Combate ao Câncer foi criado em 1988 no intuito de desenvolver o conhecimento da população sobre o tratamento e, sobretudo, sobre a prevenção da doença. A Portaria do Ministério da Saúde GM nº 707, de dezembro de 1988, que regulamenta as comemorações, estabelece que a data seja uma oportunidade para "evocar o importante significado histórico das entidades de combate ao câncer, de consagração aos inumeráveis e valiosos serviços prestados ao país e proporcionar importante mobilização popular quanto aos aspectos educativos e sociais na luta contra o câncer" (BRASIL, 2005).

Contamos também com a atividade desenvolvida pela entidade particular denominada Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) que em 1999 criou o Programa Nacional de Controle do Câncer da Pele (PNCCP). Preocupada com o número crescente dos casos de câncer de pele os médicos dermatologistas que pertencem à SBD vêm realizando ações diferenciadas com o objetivo de diminuir, em longo prazo, essas estatísticas. A entidade promove campanhas informativas para médicos de atenção primária, colabora com as secretarias estaduais e municipais de saúde, além de participar de discussões na Agência Nacional de Vigilância Sanitária e no Ministério da Saúde sobre a regulamentação do bronzeamento artificial<sup>28</sup> (proibido seu uso em todo o território nacional no último mês de dezembro de 2009).

A principal ação do PNCCP é, porém, a Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele, que acontece anualmente, em todo o país. A participação voluntária dos médicos

---

<sup>28</sup> Uma câmara de bronzeamento, também conhecida como cama de bronzeamento ou solário é um dispositivo emissor de radiação ultravioleta (tipicamente 95% UVA e 5% UVB, +/-3%) usado para produzir um bronzeamento cosmético. Devido aos efeitos adversos à saúde humana, a Organização Mundial de Saúde não recomenda o uso de dispositivos de bronzeamento UV para fins cosméticos.

favorece a geração de serviços gratuitos para prestar atendimento e tratamento dos casos de câncer detectados. A ação da SBD destaca, sobretudo, os cuidados que os pais devem ter com as crianças: segundo pesquisas realizadas pela entidade, se os cuidados com a pele forem adotados desde a infância, as possibilidades de desenvolvimento da doença são reduzidas em até 85% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2008).

Na campanha realizada em 24 de novembro 2008, foram atendidos 31.429 indivíduos em todo território brasileiro por intermédio de 1.500 dermatologistas, sendo observado que:

[...] 8,1% delas tinham história de câncer da pele; 16,6% relataram familiares afetados com câncer da pele; 10% dos pacientes examinados estavam com algum tipo de câncer da pele [...] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2008).

Ressaltamos que os dados obtidos não podem representar um estudo populacional da característica da incidência do câncer de pele no país, mas evidenciam o resultado de uma motivação bem dirigida à população de risco, pois a divulgação realizada através da mídia instigou para que comparecessem ao exame preventivo, principalmente, quem apresentasse alguma das características de risco para câncer da pele e/ou sinais clínicos suspeitos. Portanto, esse exame preventivo teve caráter mais marcante de prevenção secundária (diagnóstico precoce) do que prevenção primária (evitar a instalação da doença).

Outro ponto importante prende-se ao fato de que a maioria dos locais de atendimento recebeu pacientes do tipo assistencial, o que estatisticamente não representa amostra homogênea da população brasileira.

### 5.3 ESTIMATIVAS DE CÂNCER DE PELE PARA 2008 / 2009

Estimativas do INCA para 2008, 2009 (2008) referem que o câncer de pele não melanoma é o mais incidente em homens na maioria das regiões do Brasil.

[...] com um risco estimado de 82/100.000 na região Sul, 68/100.000 na região Sudeste, 47/100.000 na região Nordeste e 27/100.000 na região Norte; enquanto, na região Centro-Oeste (45/100.000), é o segundo mais freqüente. Nas mulheres, é o mais freqüente nas regiões Sul (82/100.000), Centro-Oeste (64/100.000), Nordeste (53/100.000) e Norte (28/100.000); enquanto, na região Sudeste (64/100.000), é o segundo mais freqüente. Quanto ao melanoma, sua letalidade é elevada, porém sua incidência é baixa (2.950 casos novos, em homens, e 2.970 casos novos, em mulheres). As maiores taxas estimadas em homens e mulheres encontram-se na região Sul (BRASIL, 2008, p. 35-36).



O INCA considera o câncer de pele como o de maior incidência para ambos os sexos, com prevalência no masculino no Brasil. Refere também que apesar de sua baixa mortalidade, quando na demora do seu diagnóstico esse tipo de câncer pode levar a ulcerações e deformidades graves, o que causaria um grande transtorno social, apesar de ser uma neoplasia de excelente prognóstico, com taxas elevadas de curas completas se tratada de forma adequada e imediata. Também admite que as estimativas das taxas de incidência e de novos casos encontram-se dentro de um patamar mínimo devido à estimativa de um sub-registro, consequência do seu subdiagnóstico.

#### 5.4 O CÂNCER – UM ENTENDIMENTO BIOLÓGICO

Historicamente o câncer é associado a uma maldição, à desgraça, a uma real sentença de morte. A palavra “câncer” vem do latim *cancrium*, que significa caranguejo. Alusão à semelhança entre as pernas do crustáceo e as raízes ou tentáculos do tumor. Do seu sinônimo, *karkinos*, do grego, vem carcinoma<sup>29</sup> que significa neoplasia ou tumor (SABBI, 2000).

O câncer pode ser entendido como um processo patológico quando uma célula sofre uma mutação genética e inicia um processo de proliferação de maneira anormal tornando-se maligna ao restante do organismo. Outra característica destas células é o seu poder de invadir tecidos adjacentes e transportar-se também para outras regiões do corpo – metástase (OMS, 2006).

O processo de carcinogênese<sup>30</sup> pode acontecer de forma lenta – carcinoma benigno, ou de forma rápida - carcinoma maligno<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Carcinomas são sem dúvida os tipos mais comuns de câncer. Originam-se de células que revestem as superfícies do corpo, incluindo a pele e uma série de revestimentos internos. Entre esses, estão os de boca, garganta, brônquios (os tubos que levam e trazem ar aos pulmões), esôfago (o tubo para engolir), estômago, intestino, bexiga, útero e ovário e os revestimentos dos ductos mamários, próstata e pâncreas. Existem tipos diferentes de carcinomas, nomeados de acordo com a aparência das células normais das quais foram originados. “Carcinomas escamosos” originaram-se, particularmente, da pele, boca, garganta, esôfago, estômago, intestino, mamas e ovário; “carcinomas de transição” originam-se, especialmente, na bexiga; e “carcinomas de pequenas células”, também, ocorrem no pulmão (RESS, 2001).

<sup>30</sup> É o processo de transformação da célula normal em maligna. É o processo de formação do câncer. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Carcinog%C3%AAAnese>> acesso em 13 de setembro de 2008.

<sup>31</sup> “As células benignas e malignas diferem em muitas características de crescimento celular, incluindo o método e a velocidade de crescimento, capacidade de gerar metástase ou de se disseminar, efeitos gerais, destruição de

Os tipos de câncer mais comuns no Brasil são os de pele<sup>32</sup>, de mama<sup>33</sup> feminina, de próstata<sup>34</sup>, de colo uterino<sup>35</sup>, de estômago<sup>36</sup>, de cólon e reto ou intestino<sup>37</sup>, de pulmão<sup>38</sup>,

---

tecido e capacidade de provocar a morte.” (SMELTZER; BARE, 2002, p.254).

<sup>32</sup> É o tumor maligno mais freqüente, em nosso meio. O número de casos novos de câncer de pele não melanoma estimados para o Brasil, no ano de 2008, é de 55.890 entre homens e de 59.120 nas mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 59 casos novos a cada 100 mil homens e de 61 para cada 100 mil mulheres. No Brasil, o câncer de pele continua sendo o tipo mais incidente para ambos os sexos. Sua letalidade é considerada baixa, porém, em alguns casos em que há demora no diagnóstico, esse câncer pode levar a ulcerações e deformidades físicas graves. É quase certo que haja um considerável sub-registro devido ao subdiagnóstico, e também por ser uma neoplasia de excelente prognóstico, com taxas altas de cura completa, se tratada de forma adequada e oportuna. Conseqüentemente, as estimativas das taxas de incidência e dos números esperados de casos novos em relação a esse tipo de câncer devem ser consideradas mínimas. A maioria dos cânceres de pele é devido à exposição excessiva ao sol. A Sociedade Americana de Câncer estimou que, em 2007, mais de um milhão de casos de basocelulares e células escamosas e cerca de 60 mil casos de melanoma estariam associados à radiação UV (ultravioleta). A prevenção do câncer de pele, extensiva aos melanomas, inclui ações de prevenção primária por meio de proteção contra luz solar, as quais são efetivas e de baixo custo. O auto-exame também contribui para o diagnóstico precoce. Se a pessoa notar o surgimento de manchas/sinais novos ou a mudança em alguns, deve procurar o dermatologista. A educação em saúde, tanto para profissionais quanto para a população em geral, no sentido de alertar para a possibilidade de desenvolvimento de câncer de pele e de possibilitar o reconhecimento de alterações precoces sugestivas de malignidade, é outra estratégia internacionalmente aceita. (INCA, 2007).

<sup>33</sup> O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama. Além desses, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. (INCA, 2007)

<sup>34</sup> O número de casos novos de câncer de próstata estimados para o Brasil, no ano de 2008, é de 49.530. Esses valores correspondem a um risco estimado de 52 casos novos a cada 100 mil homens. No que diz respeito a valores absolutos, o câncer de próstata é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de câncer. As taxas de incidência desse tipo de câncer são cerca de seis vezes maiores nos países desenvolvidos, se comparadas às dos em desenvolvimento. Mais do que qualquer outro tipo de câncer, esse é considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. Os métodos de rastreamento disponíveis atualmente, como o teste Antígeno Prostático Específico (PSA), não mostraram, até o momento, sucesso em reduzir a mortalidade, além de levarem a muitas cirurgias desnecessárias, causando prejuízos tanto financeiros, quanto de qualidade de vida. (INCA, 2007).

<sup>35</sup> O número de casos novos de câncer do colo do útero esperados para o Brasil no ano de 2008 é de 18.680, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres. Com aproximadamente 500 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. Sua incidência é cerca de duas vezes maior em países menos desenvolvidos, se comparada à dos mais desenvolvidos. A incidência por câncer do colo do útero torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta, rapidamente, até atingir seu pico geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos. É estimado que uma redução de cerca de 80% da mortalidade por este câncer pode ser alcançada pelo rastreamento de mulheres na faixa etária de 25 a 65 anos com o teste de Papanicolau e o tratamento de lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma “in situ”. (INCA, 2007).

<sup>36</sup> O número de casos novos de câncer de estômago estimados para o Brasil, no ano de 2008, é de 14.080 entre homens e de 7.720 nas mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 15 casos novos a cada 100 mil homens e de 8 para cada 100 mil mulheres. Estratégias para a prevenção do câncer de estômago incluem melhorias no saneamento básico, mudanças no estilo de vida da população, modificação do consumo alimentar (aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras, redução do uso do sal, melhores métodos de conservação dos alimentos), bem como atitudes individuais como não fumar e manutenção do peso corporal.

leucemia<sup>39</sup> e melanoma<sup>40</sup>. As somas dos casos notificados e estimados desses tipos de câncer apresentam números alarmantes em relação a essa doença, o que faz dela um caso de saúde pública.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) a incidência de câncer mundial vem aumentando, e já assumiu o segundo lugar em óbitos por doenças, superado apenas pelas doenças cardiovasculares<sup>41</sup>. No ano de 2005 foram registrados 7,6 milhões de mortes por câncer representando 13% do total de óbitos mundiais naquele ano.

(INCA, 2007)

<sup>37</sup> O número de casos novos de câncer de cólon e reto estimados para o Brasil, no ano de 2008, é de 12.490 casos em homens e de 14.500 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 13 casos novos a cada 100 mil homens e de 15 para cada 100 mil mulheres. No que concerne à incidência, o câncer de cólon e reto é a terceira causa mais comum de câncer no mundo, em ambos os sexos, e a segunda causa em países desenvolvidos. Os padrões geográficos são bem similares entre homens e mulheres, porém, a incidência de câncer de reto é cerca de 20% a 50% maior em homens na maioria das populações. O fator de risco mais importante para esse tipo de neoplasia é a história familiar de câncer de cólon e reto, a predisposição genética ao desenvolvimento de doenças crônicas do intestino (como as poliposes adenomatosas), assim como uma dieta com base em gorduras animais, baixa ingestão de frutas, vegetais e cereais, e ainda o consumo excessivo de álcool e o tabagismo. A prática de atividade física regular está associada a um baixo risco de desenvolvimento do câncer de cólon e reto; além disso, a idade também é considerada um fator de risco, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam proporcionalmente à idade. (INCA, 2007)

<sup>38</sup> É um dos tumores malignos mais comuns, e uma das maiores causas de morte, tanto no homem quanto na mulher. O número de casos novos de câncer de pulmão estimados para o Brasil, no ano de 2008, é de 17.810 entre homens e de 9.460 nas mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 19 casos novos a cada 100 mil homens e de 10 para cada 100 mil mulheres. O padrão da ocorrência desse tipo de neoplasia é determinado por um passado de grande exposição ao tabagismo. Nos países ou nas regiões em que há uma longa história de consumo de tabaco, cerca de 90% dos casos de câncer de pulmão em homens são tabacos-relacionados. (INCA, 2007)

<sup>39</sup> Origina-se de células da medula óssea que produzem as células sanguíneas brancas. Essas células são cruciais para o sistema de defesa do organismo contra infecções. Na leucemia, ocorre uma concentração aumentada de glóbulos brancos, causando problemas, porque as células anormais não funcionam apropriadamente e porque elas restringem o espaço da medula óssea, impedindo que novas células sejam produzidas (RESS, 2001). Segundo o INCA (2008) Dos cânceres infantis, a leucemia é o tipo mais freqüente, Estima-se que para o Brasil, no ano de 2008, ocorrerão 351.720 de novos casos.

<sup>40</sup> Quanto ao melanoma, sua letalidade é elevada, porém sua incidência é baixa (2.950 casos novos, em homens, e 2.970 casos novos, em mulheres). As maiores taxas estimadas em homens e mulheres encontram-se na região Sul (INCA 2008). É o câncer da célula que produz o pigmento escuro da pele. Os melanócitos garantem a cor normal da pele. Quando a pele é exposta ao sol, seu núcleo é estimulado a produzir melanina, como parte de um bronzeamento natural, que protege das queimaduras solares. É a forma mais perigosa do câncer de pele. Pode ser tratado, com eficácia, quando está nas fases iniciais (RESS, 2001).

<sup>41</sup> são doenças que afetam o sistema circulatório (*cárdio* = coração \* *vasculares* = vasos sanguíneos, incluindo artérias, veias e vasos capilares). Entre as mais comuns podemos referir o enfarte do miocárdio, a angina de peito, a aterosclerose, os AVC (acidente vascular cerebral), disponível em:

<[http://pt.wikipedia.org/wiki/Doen%C3%A7as\\_cardiovasculares](http://pt.wikipedia.org/wiki/Doen%C3%A7as_cardiovasculares)> acesso em 23 de setembro de 2008.

## 5.5 O CÂNCER – UM ENTENDIMENTO HUMANO

Para Gorayeb (1990, p.32): “toda doença humana difundida deve sua prevalência, no todo ou em parte, a processos sociais ou comportamentais. Estes processos podem estar envolvidos na sua patogênese, transmissão e/ou remediação”. Então se os processos sociais e comportamentais são passíveis de mudanças, existe sim a real necessidade de se intervir em prol do conhecimento e educação específica de comportamentos de risco dos indivíduos, contribuindo com a conscientização sobre as relações entre comportamento e saúde, bem como seus direitos e suas condições de vida.

Servan-Schreiber (2008) relata que uma em cada quatro pessoas no ocidente morrerá de câncer, porém ressalta com muito mais evidência que as outras três que **não morrerão** terão que aprender a conviver com a doença, o que muitas vezes é mais difícil do que morrer (destaque nosso).

A primeira reação ao anúncio de um câncer é frequentemente a incredulidade. Nosso cérebro não foi preparado para interpretar a própria morte, impossível até mesmo imaginá-la, como se a morte pudesse acontecer apenas para os outros. O câncer nos mostra a vida de uma maneira frágil, habitando um corpo que aparentemente não nos pertence mais, ao qual não mais nos compete comandar; um corpo que tenderia à automanutenção perde sua auto-identidade. A compreensão da doença remete a idéia de células defeituosas, fabricadas dentro no nosso próprio corpo e capazes de destruí-lo rapidamente.

Helman (2008) menciona o câncer como uma doença popular, inalterada pelo modelo médico fortemente arraigada à cultura popular da enfermidade e sofrimento humano. Nas mentes de muitos indivíduos o câncer vai além de uma simples condição clínica como sugere o modelo biomédico. Para estes a doença se transforma em um evento humano, que ultrapassa os limites da experiência física e biológica, pois envolve sofrimento espiritual, psicológico, comportamental, emocional e social.

Uma vez anunciada à doença, inicia-se uma jornada por caminhos incertos, prolongados, na maioria das vezes tão cruel que marcará o corpo e a alma para sempre, que muitas vezes nos faz perder amigos e ganhar outros, que fragiliza nossa família e rompe como nossos planos para o futuro. Neste momento vale tudo, inclusive romper com a medicina tradicional e agarrar-se à fé, que até então talvez nem soubéssemos que existia; a considerar chances, mínimas que sejam, de cura e a interpretar a qualidade de vida do portador sob

orientação de quadros de negatividade da vida social e biológica.

Gomes et al (2002) afirmam que por muitas vezes quando se associa o câncer à religiosidade e a crenças sociais, a doença é tida como uma punição, castigo ou simplesmente desígnio da força do destino. E que, desta forma, tenderia a afetar emocionalmente o portador do câncer, chegando ao ponto de impedi-lo de enfrentar a doença.

Mesmo os indivíduos que possuem algum conhecimento científico (especialmente fundado em paradigma da modernidade) sobre o câncer reagem de forma inesperada: sentir a doença encontrar-se suscetível à sua severidade podem ser motivos para se tomar uma determinada conduta de ação do indivíduo. Entretanto não é possível definir o curso da ação da doença. É comum surgirem diversos sentimentos de difícil elaboração, como ansiedade, raiva, medo, angústia, culpa e depressão, os quais são permeados pela incerteza e pela insegurança em relação ao futuro.

Fugita e Gualda (2006) reforçam que o fator motivador desta tomada de decisão da ação do indivíduo em relação ao câncer são principalmente as crenças pessoais ligadas à eficácia das alternativas de tratamento conhecidas e disponíveis e o custo desta ação, quer seja **emocional**, pois se sabe que na maioria das vezes os tratamentos são dolorosos, desagradáveis, incapacitantes; quer seja **econômico**, e este lado negativo das ações podem ser um obstáculo que o doente muitas vezes não é capaz de transpor e se entrega então ao destino. (destaques nossos).

O câncer possui uma simbologia totalmente distinta em relação às outras doenças, particularmente devido a sua origem não ser ainda muito bem compreendida, e possuir dentro do seu discurso popular um modelo moral de malignidade e benignidade.

Particularmente no séc. XX, o câncer foi descrito nos meios de comunicação, na literatura, e popularmente, como um tipo de força maligna, caótica e irrestrita, única no mundo moderno [...] vivenciada como uma possessão demoníaca, e muitos pacientes aterrorizados, dispõem-se a procurar curandeiros religiosos para serem exorcizados (HELMAN, 2008, p. 120).

A família do portador da doença também vivência a incerteza do futuro e a impotência contra ele. Para Soares (2006) o contexto social da doença, a posição e a função que o doente ocupa na família são fatores significativos que tencionam e deixa mais vulnerável a estrutura familiar.

## 5.6 O CÂNCER COMO DOENÇA CRÔNICA

Acompanhando a revolução industrial mencionada anteriormente, o perfil das doenças que incidem no Brasil não é diferente do resto do mundo.

Em 1930, as doenças infecciosas ou agudas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então se verificou a redução progressiva, sendo que em 2003 essas doenças responderam apenas por cerca de 5%. Por outro lado, as doenças crônicas degenerativas cardiovasculares, que representavam apenas 12% na década de 30, são, atualmente, as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço dos óbitos; em segundo lugar, seguem-se os cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violência (CERVI; HERMSDORFF e RIBEIRO, 2005).

Espera-se que até 2020, as condições de patologias crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento. O que reforça essa expectativa é a transição demográfica e epidemiológica gerada pela urbanização, acesso a serviços de saúde, recursos diagnósticos e terapêuticos e mudanças culturais ocorridas nas últimas décadas, nas quais países desenvolvidos e os que ainda encontram-se em desenvolvimento (MENDES, 2006). Outro fato que também contribui são as mudanças aceleradas nos padrões de consumo e nos estilos de vida da população.

Além dos aspectos epidemiológicos demonstrarem o aumento dos casos de doenças crônicas no Brasil e no mundo, as mesmas exercem uma influência negativa no funcionamento e utilização dos serviços de saúde oferecidos a população em geral. Embora as condições de relevância científica e diagnóstica das condições crônicas sejam reconhecidas pelo sistema médico, os sistemas de atenção à saúde não estão preparados e nem tão pouco foram elaborados para enfrentá-las.

Historicamente estes serviços foram pensados, elaborados e construídos para atender condições agudas de doenças, o que sempre significou urgência e emergência em medicina, sempre com o objetivo de curar, eliminando então a doença do então corpo doente. Acontece que as imposições geradas pelas transições epidemiológicas e demográficas alteraram o objeto dos sistemas de atendimento a saúde, e o mesmo não estão preparados para a demanda e o crescente aumento significativo da população.

Os sistemas programados para situações agudas de doença, ao mesmo tempo em que precisam realizar as tarefas para as quais foram programados carecem também de atender

eficazmente as condições crônicas.

O modelo biomédico atual usado no tratamento das doenças agudas não se encaixa e nem tão pouco funciona nas doenças crônicas. Os pacientes com problemas crônicos precisam de maior apoio e não apenas de intervenções biomédicas. Esse modelo de doença é mais amplo porque envolvem os pacientes e suas famílias, as organizações prestadoras de serviços de saúde e as comunidades.

## CAPÍTULO 6

*“Mecanismos específicos e características próprias fazem do corpo humano um ser vivo. O próprio fato de permanecermos vivos exatos quase além do nosso controle, pois a fome nos faz procurar alimento e o medo nos faz buscar refúgio. As sensações de frio nos fazem procurar calor e outras forças nos impelem a procurar por companhia e nos reproduzir. Assim o ser humano é, na verdade, um autônomo e o fato de sermos organismos com sensações, sentimentos e conhecimento é parte dessa seqüência automática da vida; estes atributos especiais nos permitem viver sob condições extremas variadas que, de outra forma, tornariam a vida impossível”.*  
(GUYTON & HALL, 1986)

### A RADIAÇÃO SOLAR E O CÂNCER DE PELE

Da totalidade da radiação emitida pelo sol e que é capaz de atingir a Terra, somente 5% corresponde à radiação Ultra Violeta (RUV). Contudo, todos os efeitos positivos (benéficos) ou negativos (tóxicos) do sol ao nível da pele humana e animal são consequência desta radiação.

É inconcebível que a energia radiante do sol não esteja entremeada no nosso processo vital assim como outros fatores ambientais, como o ar e a água. O sol é necessário para a vida. Somos aquecidos por seus raios e capazes de vê-los através da porção visível do espectro da luz solar (400 a 760 nm) <sup>42</sup>.

O nosso planeta possui uma proteção natural contra a radiação solar, chamada camada de ozônio <sup>43</sup>, que fica na estratosfera <sup>44</sup>, acima da superfície da terra. Mas a destruição

---

<sup>42</sup> **Nanômetro** tem como símbolo **nm** é a subunidade do metro, correspondente a  $1,0 \times 10^{-9}$  metros – ou seja, um milionésimo de milímetro ou um bilionésimo do metro. A forma não acentuada da palavra, **nanômetro** tem sido defendida como sendo a correta, contudo, não está atualmente presente em qualquer dicionário da Língua Portuguesa. Comumente usada para medição de comprimentos de onda de luz visível (400 nm a 700 nm), radiação ultravioleta, radiação infravermelha e radiação gama.

<sup>43</sup> A camada de ozônio situa-se numa faixa de 25 a 30 km da estratosfera e é por servir de capa protetora ao planeta que a vida pôde evoluir. Diminuindo a intensidade da chegada dos raios ultravioletas à superfície, o ozônio evita diversas doenças como feridas na pele, câncer e até mutações degenerativas. Ele funciona como um agente do sistema imunológico do planeta. Sua ausência deixa todos expostos aos efeitos da radiação.

<sup>44</sup> A **estratosfera** se caracteriza pelos movimentos de ar em sentido horizontal, fica situada entre 7 e 17 até 50 km de altitude aproximadamente, sendo a segunda camada da atmosfera, compreendida entre a troposfera e a mesosfera, a temperatura aumenta à medida que aumenta a altura (de -50 a 10°C). Muitos aviões a jato circulam na estratosfera porque ela é muito estável. É nesta camada que começa a difusão da luz



das florestas, com o desmatamento e as queimadas, bem como o uso de produtos que emitem clorofluorcarbono<sup>45</sup>, principalmente, através das indústrias, que também emitem outros gases poluentes, tem extinguido consideravelmente, essa proteção natural e, como consequência, provocado o aquecimento global e o aumento da intensidade da radiação solar, com a perda de parte da proteção natural da Terra.

Segundo o Centro de Previsão do Tempo e Estudos Climáticos (CPTEC), do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), para medir a intensidade da radiação Ultra Violeta (RUV) recebida pela superfície da Terra e sua relevância quanto aos efeitos sobre a pele humana, tem-se adotado o índice ultravioleta (I-UV)<sup>46</sup>. O I-UV é apresentado como um número inteiro. De acordo com recomendações da Organização Mundial da Saúde, esses valores são agrupados em categorias de intensidades, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1: representação numérica do índice de ultravioleta em sua intensidade.

CATEGORIA	ÍNDICE ULTRAVIOLETA
BAIXO	< 2
MODERADO	3 a 5
ALTO	6 a 7
MUITO ALTO	8 a 10
EXTREMO	> 11

Fonte: [http://satelite.cptec.inpe.br/uv/O\\_que\\_e\\_IUV.html](http://satelite.cptec.inpe.br/uv/O_que_e_IUV.html) acesso: 19 de janeiro 2010.

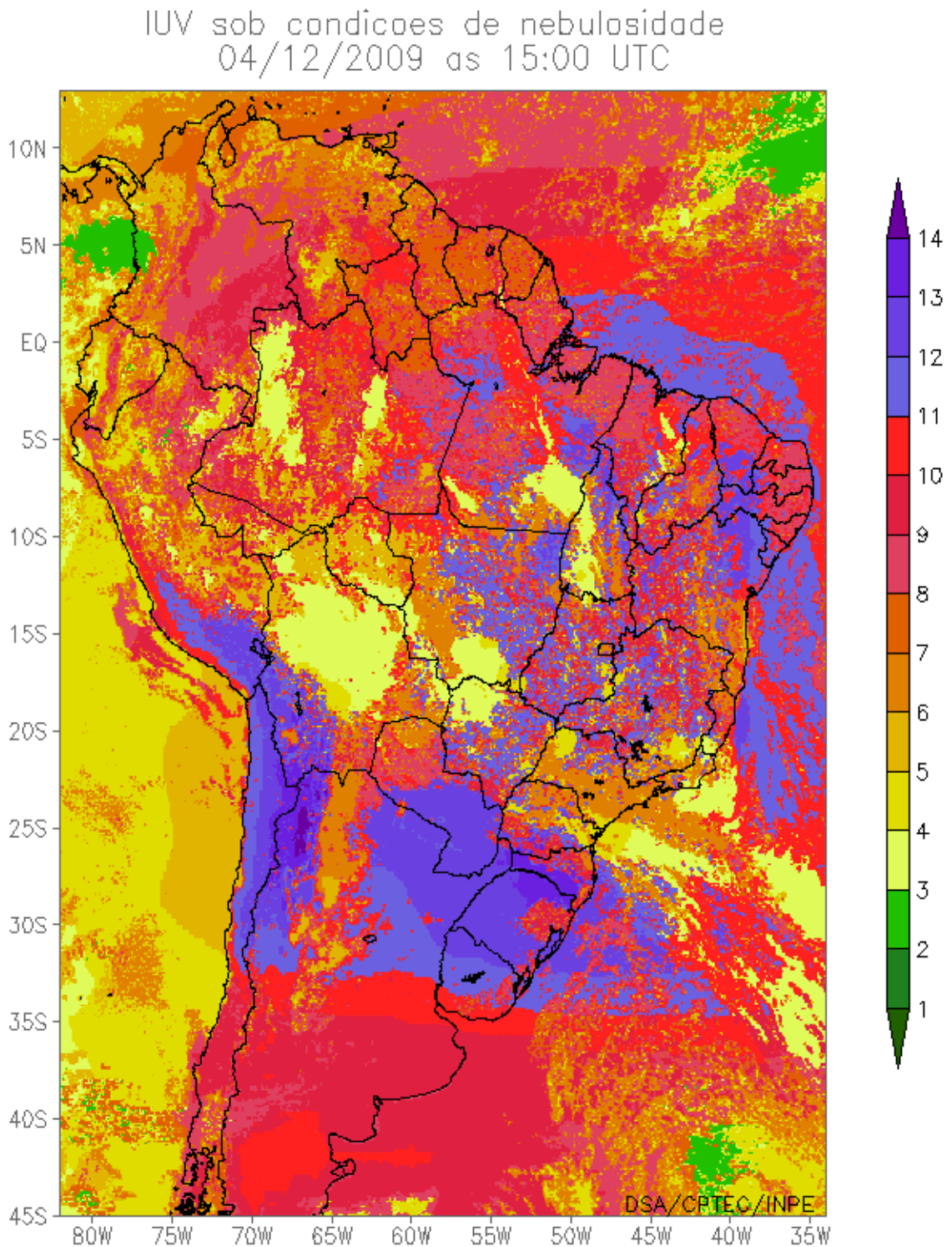
solar (que origina o azul do céu). Na sua parte inferior, flui uma corrente de ar em jato, conhecida como jet stream, que exerce influência na meteorologia das zonas temperadas; entre trinta e cinquenta quilômetros, encontra-se a ozonoesfera, onde moléculas de ozônio absorvem a radiação ultravioleta do Sol devido a reações fotoquímicas, filtrando-as e protegendo-nos dos seus efeitos nocivos; neste ponto da estratosfera, o ar se aquece até a temperatura atingir cerca de 10°C. Curiosamente, é exatamente por ação da radiação ultravioleta que as moléculas de oxigênio (O<sub>2</sub>) se separam em dois átomos individuais (O) que depois se combinam com uma molécula ordinária de oxigênio para formar o ozônio(O<sub>3</sub>).

<sup>45</sup> Denomina-se clorofluorcarboneto ou clorofluorcarbono (CFC) o grupo de compostos pertencente à função orgânica derivados halogenados obtidos principalmente pela halogenação do metano. Entre as principais aplicações se destacam o emprego como solventes orgânicos, gases para refrigeração e propelentes em extintores de incêndio e aerossóis. São derivados dos hidrocarbonetos saturados obtidos mediante a substituição de átomos de hidrogênio por átomos de cloro e flúor. Atualmente descobriu-se que os CFC sofrem fotólise quando submetidos à radiação UV, ultravioleta, dividindo-se na altura da camada de ozônio onde a presença desses raios é constante. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Clorofluorcarboneto>> acesso em 30 de novembro de 2009.

<sup>46</sup> O Índice Ultravioleta (IUV) é uma medida da intensidade da radiação UV, incidente sobre a superfície da Terra. Ele é calculado a partir de dados sobre a concentração de ozônio na atmosfera, altitude da localidade, horário do dia, estação do ano, além de condições atmosféricas.

A figura 4 demonstra a visualização em tempo real da incidência da radiação ultravioleta sobre o território brasileiro. Este índice é corrigido a cada 15 min. on-line.

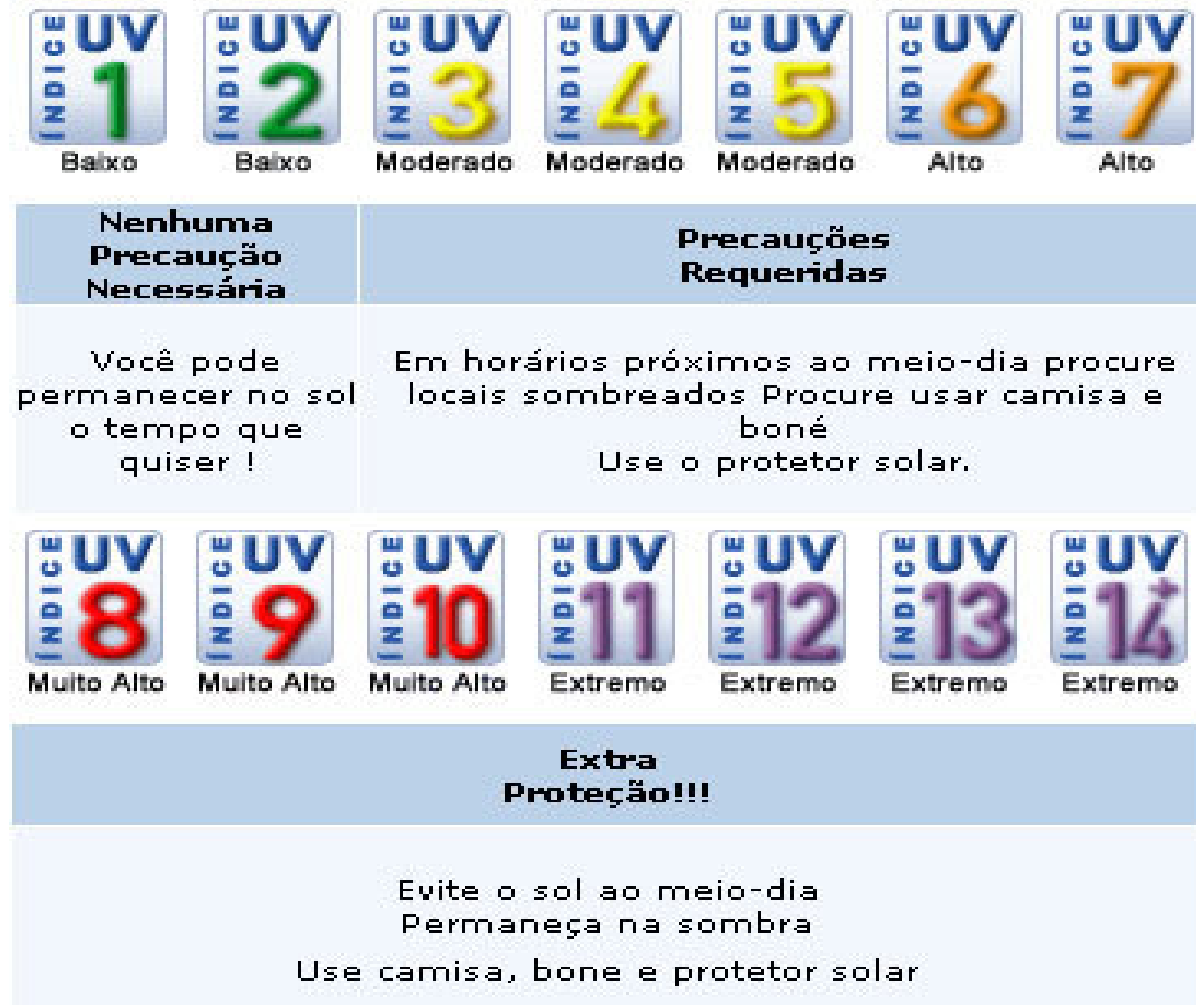
Figura 4: Índice ultravioleta na data de 04/12/2009.



Fonte: [http://satellite.cptec.inpe.br/imagens/ultravioleta/figuras/UVI\\_CMF-AMS.gif](http://satellite.cptec.inpe.br/imagens/ultravioleta/figuras/UVI_CMF-AMS.gif) acesso em 04 de dezembro de 2009.

A figura 5 interpreta os dados da figura 4 de acordo com as precauções recomendadas pela OMS.

Figura 5: interpretação dos dados da figura 4



Precauções recomendadas pela Organização Mundial da Saúde.

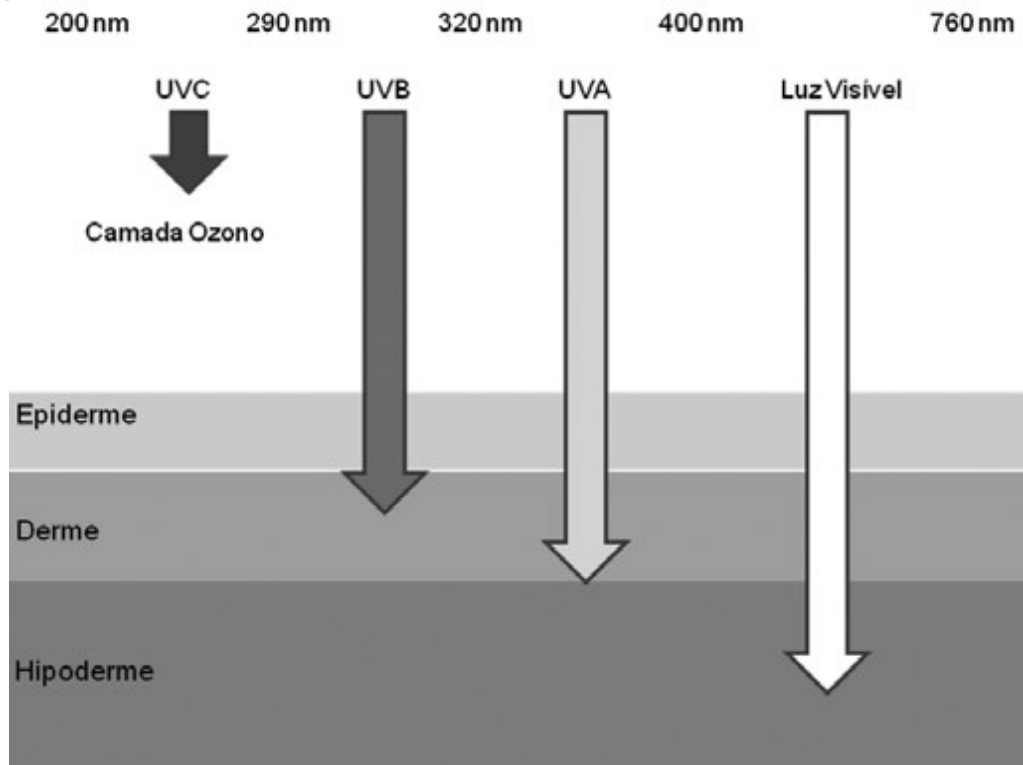
Fonte: [http://satelite.cptec.inpe.br/uv/br\\_nuv2.htm](http://satelite.cptec.inpe.br/uv/br_nuv2.htm) acesso em 04 de dezembro de 2009.

As reações que podemos observar na pele humana frente à exposição à R-UV do sol podem ser classificadas como agudas (imediatas) ou crônicas (em longo prazo). As reações agudas, como queimaduras, bronzamento e produção de vitamina D, se desenvolvem e desaparecem rapidamente; enquanto as crônicas, como fotoenvelhecimento e câncer de pele, têm aparecimento gradual, desenvolvimento lento e de longa duração. A diferença entre ambas as reações se deve, principalmente, ao histórico de exposição da pessoa e a diferentes comprimentos de onda da R-UV, uma vez que a R-UVB é cerca de 1000 vezes mais “agressiva” do que a R-UVA. Essa diferença faz com que a R-UVA tenha uma contribuição de

somente 15 a 20% na quantidade de energia responsável pela queimadura.

Através da figura 6 pode-se observar a capacidade de penetração dos raios solares no momento que atingem a pele humana sem proteção.

Figura 6: Capacidade de penetração dos raios solares ao nível da pele.



Fonte: Cravo M et al – Fotoproteção na Criança , 2008.

Os tipos de câncer de pele relacionados à intensidade da exposição à radiação solar são os basocelulares<sup>47</sup>, relativamente benignos, devido ao seu poder limitado de metastatização<sup>48</sup>, os espinocelulares<sup>49</sup> que possuem grande poder de metástase, e o

<sup>47</sup> O carcinoma basocelular é tipo mais comum de tumor maligno da pele, responsável por 70% dos casos mundiais. Em geral é resultado das queimaduras solares, que quando associadas às características fenotípicas importantes como: pele clara, olhos claros e cabelos claros e sexo masculino, idade superior a 40 anos, se tornam mais agressivas. Cerca de 80% dos carcinomas basocelulares situam-se na região de cabeça e pescoço, em especial na região da face. São tumores da camada basal do epitélio da pele, presentes quase que exclusivamente em locais na presença de pêlo e são mais freqüentes em regiões expostas ao sol. Considera-se que a exposição solar exagerada é o principal fator de risco do desenvolvimento da lesão. As tendências epidemiológicas observadas são um relativo aumento em mulheres nas últimas décadas. <<http://sbccp.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasccp/article/viewFile/150/142>> acesso em 12 de dezembro de 2009.

<sup>48</sup> Por definição, a metástase constitui o crescimento neoplásico à distância, sem continuidade e sem dependência do foco primário. <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/oncojun03.htm>> acesso em 12 de dezembro de 2009.

<sup>49</sup> O carcinoma espinocelular ou epidermóide constitui uma neoplasia maligna que surge na camada espinhosa

melanoma<sup>50</sup>. Uma vez diagnosticado esses dois tipos de cânceres, o paciente tem a probabilidade de 44% de recidiva (INCA 1997).

Segundo o INCA (BRASIL, 2008), o maior fator de risco para o câncer de pele ainda é a exposição solar. As formas de prevenção ao câncer de pele estão relacionadas à proteção à exposição solar, como o uso de chapéus, guarda-sol, óculos escuros e filtro solar, durante qualquer atividade ao ar livre, além de evitar a exposição ao sol, nos horários de maior intensidade de radiação, entre 10 e 16 horas. Grandes altitudes requerem cuidados extras, devido à maior exposição. A neve, a areia branca e as superfícies pintadas de branco são refletoras dos raios solares. Portanto, nessas condições, os cuidados devem ser redobrados. Considerando que alguns tipos de câncer de pele resultam do efeito acumulativo da radiação solar, cabe iniciar os cuidados, desde a infância mais precoce.

---

epidermal da pele e atinge os queratinócitos e corresponde a 25% dos casos mundiais registrados. O fator de risco mais importante associado à etiologia desses tumores é a exposição solar, cuja ação é relevante principalmente em indivíduos de pele clara. A localização mais freqüente destes tumores é a região da cabeça e pescoço, seguida das mãos, braços e pernas. Apesar da baixa mortalidade, os carcinomas espinocelulares apresentam alta morbidade e podem provocar incapacitação por desfiguramento. Além disso, o carcinoma espinocelular tem um comportamento de evolução que permite, além da recorrência local, a ocorrência de metástases linfáticas e em órgãos à distância. A ocorrência das metástases, muitas vezes, é responsável pelo insucesso do tratamento, sendo inclusive causa de óbito, maior destruição tecidual, disfunção do órgão e mortalidade. Pacientes com doença metastática regional apresentam sobrevida inferior a 20% em dez anos e, se a metástase se faz em órgãos a distância, a sobrevida se reduz para menos de 10%.

<<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000391604>> acesso em 12 de dezembro de 2009.

<sup>50</sup> Entre os cânceres de pele, o melanoma cutâneo, que se origina nos melanócitos (células responsáveis pela pigmentação da pele e se encontram em sua grande totalidade na camada basal da epiderme da pele, contudo há uma pequena quantidade de melanócitos nos olhos, mais precisamente na íris, o melanoma intra-ocular também pode ocorrer, mas muito raramente), é tido como o mais agressivo. Representa cerca de 4% da totalidade das lesões oncológicas da pele e sua mortalidade vem aumentando nas populações brancas de ambos os sexos, em várias partes do mundo. Entretanto, quando diagnosticado na sua fase inicial, é curável. O seu fator de risco mais importante é a exposição intermitente e excessiva ao sol, principalmente quando a pessoa é portadora de uma pele clara e sensível.

<[www.sbcancer.org.br/final/arquivos/pele.doc](http://www.sbcancer.org.br/final/arquivos/pele.doc)> acesso em 12 de dezembro de 2009.

Podemos observar os mitos e os fatos em relação à exposição solar no quadro 4.

Quadro 4: mitos e fatos relacionados à exposição solar

MITO	FATO
O bronzeamento pelo sol é saudável. Bronzeando-se você estará protegido dos efeitos nocivos do sol	O bronzeamento corresponde a um mecanismo de defesa do organismo contra os raios solares. Qualquer alteração de cor na pele é sinal de dano solar.
Você não sofre queimaduras solares em dias nublados	A queimadura solar é possível em dias nublados. Cerca de 80% da radiação ultravioleta penetra através das nuvens.
A radiação solar no inverno não é importante.	A radiação ultravioleta no inverno é um pouco menor, entretanto é suficiente para causar danos a pele que se expõe indiscriminadamente a ela sem proteção.
O protetor solar te protege tanto que você pode tomar sol por muito mais tempo.	O protetor solar não deve ser usado para aumentar o tempo de exposição ao sol e sim para aumentar a proteção numa exposição inevitável.
Se você fizer intervalos durante a exposição solar você não sofrerá queimaduras	A exposição à radiação ultravioleta tem efeito acumulativo.
Se você não sente os raios solares quentes é porque ele não está queimando sua pele.	A queimadura solar e o câncer de pele são causados por raios ultravioletas que não podem ser sentidos. A sensação de calor é produzida pelos raios infravermelhos.
O câncer de pele somente ocorre nas partes do corpo que estão continuamente expostas ao sol.	O melanoma cutâneo geralmente é encontrado nas costas (homens) e nas pernas e braços (mulheres) locais que muitas vezes não são expostos continuamente ao sol. E ainda pode acometer regiões que não são expostas ao sol.
O câncer de pele somente acontece em pessoas de pele muito clara.	O câncer de pele geralmente acomete pessoas que queimam muito e bronzeiam pouco.

Fonte: Programa sol amigo. Disponível:

<[http://solamigo.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=105&Itemid=157](http://solamigo.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=105&Itemid=157)>

Acesso em 04 de dezembro de 2009.

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2006) devido à **baixa letalidade, apesar da alta incidência**, as doenças de pele de maneira geral tendem a não ser valorizada pelos responsáveis pela definição das políticas públicas de atenção a saúde no Brasil, apesar do significativo impacto na qualidade de vida dos acometidos (destaque nosso).

Ao apresentar o perfil nosológico<sup>51</sup> das consultas dermatológicas no país, a SBD demonstrou que o diagnóstico das lesões de pele que precedem o câncer de pele foi maior no setor privado de saúde, e que o câncer propriamente dito foi maior no setor público. O

<sup>51</sup> A nosologia (do grego 'nóson', "doença" + 'logos', "tratado", "razão explicativa") é a parte da medicina ou o ramo da patologia que trata das enfermidades em geral e as classifica do ponto de vista explicativo (isto é de sua etiopatogenia). Disponível em:<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Nosologia>> acesso em 23 de setembro de 2008.

estudo sugere que a melhoria do acesso os serviços de saúde e a maior consciência dos problemas de saúde poderiam ter como consequência uma redução dos casos de câncer de pele já que a detecção precoce e seu tratamento impediriam a evolução da doença.

Entretanto impedir o início da lesão pré-cancerígena de pele vai muito além do que simples programas de educação e prevenção em saúde. Ter uma aparência bronzeada se traduz como um forte componente social associado ao sentir-se saudável e sedutor o que revela uma barreira em adotar hábitos saudáveis no que se refere à proteção de pele. “Estar bronzeado é socialmente valorizado como estar atraente, especialmente entre os mais jovens” (FIGUEIRAS et al, 2004, p. 579).

Outros obstáculos podem ser mencionados como possíveis responsáveis pela dificuldade em se adotar comportamentos de prevenção aos eventos causadores do câncer:

1. A natureza prazerosa da maior parte das estimulações que se seguem aos comportamentos nocivos, assim como o caráter imediato do efeito. Observe-se a sensação de relaxamento experimentada após fumar um cigarro, o sabor agradável e a sensação de saciedade, que acompanha a ingestão de alimentos, o corpo bronzeado pelo sol e os olhares que promove, entre outros. Percebe-se que o reforço positivo dado pela ação é imediato, enquanto que a punição é apenas uma probabilidade e distante temporalmente da emissão do comportamento; ou seja, “os riscos distantes dos contextos cotidianos da vida do indivíduo – como os riscos de alta consequência - [...] são considerados suficientemente distantes dos envolvimento práticos da pessoa e assim não devem ser seriamente contemplados como possibilidades (GIDDENS, 2002, p. 123). O fato de que muitos estímulos carcinogênicos proporcionam quase sempre uma satisfação autêntica e imediata enquanto o surgimento do câncer é apenas uma perspectiva remota dentro de tantos outros riscos diários.

2. O grande período de tempo entre a prática do comportamento nocivo e o aparecimento da enfermidade em seu estado clínico diagnosticável dificulta o estabelecimento da relação causal por parte do indivíduo (KELLER, SCHOENFELD, 1974). Isto é, doenças devem ser resolvidas depois de instaladas e por meio das “virtudes” tecnológicas da medicina, reforçando o modelo biológico causa-efeito.

Neste sentido a **promoção** deve admitir os perigos existentes em atitudes de risco assumidos no cotidiano do indivíduo e focar seus esforços em diminuir ou monitorar tais atitudes, como forma de **prevenção** da doença. (destaques nossos).







## CAPÍTULO 7

*“A reflexão é um processo de conhecer como conhecemos um ato de voltar a nos mesmos, a única oportunidade que temos de descobrir nossas cegueiras e reconhecer que as certezas e os conhecimentos dos outros são, respectivamente, tão aflitos e tão tênues quanto os nossos” (MATURANA & VARELA, 2001)*

### ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

A caracterização dos sujeitos da pesquisa em relação à idade, sexo, tempo de formação profissional, atividade laboral atual em ambiente hospitalar com atendimentos públicos e privados, atividade laboral atual em consultório particular, encontram-se distribuídos no quadro 5.

Quadro 5: Caracterização dos Participantes

ENTREVISTADO	TEMPO DE FORMAÇÃO	ESPECIALIDADE	ATIVIDADE atual EM HOSPITAL	ATIVIDADE atual EM CONSULTÓRIO
 S1	30 ANOS	CARDIOLOGISTA PEDIÁTRICA	SIM	SIM
 S2	64 ANOS	CIRURGIÃO UROLOGISTA	NÃO	SIM
 S3	31 ANOS	CIRURGIÃO ORTOPEDISTA	SIM	SIM
 S4	25 ANOS	ONCOLOGISTA	SIM	SIM
 S5	30 ANOS	ONCOLOGISTA	SIM	SIM
 S6	30 ANOS	ONCOLOGISTA	SIM	SIM

Fonte: dados da pesquisa

Utilizou-se um roteiro constituído de perguntas abertas com algumas questões antecipadamente padronizadas e com outras concebidas durante o curso das entrevistas. Porém, preservou-se a garantia de se permitir a comparabilidade das respostas no momento das transcrições das mesmas por meio de interpretação de entrevistas. De acordo com o discurso do entrevistado outros tópicos e questões foram aprofundados durante a entrevista.

Os tópicos constantes em todas as entrevistas foram:



- Escolha da profissão
- Percepção da medicina na época da realização da graduação
- Percepção da medicina atualmente
- Como são elaboradas e executadas as suas consultas
- Percepção da prevenção de doenças
- Motivos pelos quais você acredita que a prática médica mudaram tanto
- Maior causa de óbito no seu país
- Percepção da participação governamental em campanhas de prevenção do câncer
- Como se dá a procura por serviços de saúde? (Em relação aos estados de saúde e doença)
- Maneiras de proporcionar maior adesão nas condutas de prevenção do câncer de pele

Algumas questões consideradas mais polêmicas como as percepção da medicina atual e a de prevenção de doenças foram reiteradas ao longo da entrevista, de forma a testar a credibilidade das respostas dos pesquisados.

Além das questões de identificação pessoal que incluía iniciais do nome (para que a pesquisadora não se perdesse durante a transcrição das entrevistas) há que se ressaltar que na transcrição este foi substituído por números; idade; tempo de formação; universidade onde se formou; universidade onde atua; especialidade médica; local de atuação. Neste momento também se coletou informações acerca de algumas questões específicas. A entrevista iniciou-se com a seguinte indagação: quantos anos de formação médica você possui? As questões estão em anexo (1).

## 7.1 INTERPRETAÇÃO DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

Ao iniciar a transcrição das entrevistas, foram observados aspectos que iam se repetindo como: a escolha da profissão, a formação médica e a atual formação universitária, o modelo biomédico, conceito de doença, determinantes da busca da prevenção. Assim, a recorrência na exposição orientou a análise dos dados e a interpretação dos resultados.

Após leitura e estudo de interpretação dos textos teóricos recolhidos, iniciou-se o desmembramento das entrevistas do material bruto coletado através de sistema de gravação de áudio para material escrito.

A partir daí procedeu-se procedimentos exploratórios para que hipóteses pudessem ser testadas por meio de agrupamentos de acordo com os tópicos e questões executadas. A partir da análise deste material foi realizada uma categorização da informação, identificando-se tipos de interpretação e valorização que cada entrevistado deu ao conjunto total de informações recolhidas. Aí então foram feitas inferências e interpretações relativas à pesquisa.

#### UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO PARA CATEGORIZAÇÃO

1. AFINIDADE PELA MEDICINA
2. DIFICULDADES NA PRÁTICA DA PROFISSÃO
3. A RELAÇÃO DA MEDICINA COM OS MEDICAMENTOS
4. O CÂNCER
5. A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO
6. OS FATORES QUE DIFICULTAM A PRÁTICA DA PREVENÇÃO
7. INEFICIÊNCIAS DO SISTEMA ATUAL
8. PARTICIPAÇÃO DO GOVERNO E DA SOCIEDADE.

A partir da categorização passa-se a discussão destas unidades.


#### 1. AFINIDADE PELA MEDICINA

As pessoas que sofrem de algum desconforto físico ou emocional contam com diversas formas de auxílio, sejam por conta própria ou por meio de outras pessoas. Na maioria das formas de sociedades atuais observa-se que os indivíduos recorrem à ajuda de um amigo ou familiar, procuram um sacerdote, pastor, benzedor ou curandeiro local, ou então decidem consultar um médico desde que seja possível tanto economicamente quanto geograficamente.


No ocidente a medicina científica foi legitimada como sendo o sistema oficial de assistência à saúde, na qual o médico ocupa lugar elevado, tanto em seus aspectos culturais quanto sociais. Dentro do sistema médico aqueles que exercem a medicina possuem uma organização corporativa, organizada em hierarquia de conhecimento (ex: aluno; residente; especialista; docente)


A escolha pela profissão dos sujeitos é permeada pelo sentimento de dedicação quase


que exclusiva aos doentes e enfoque na cura das doenças, mas também pelo status e a alta rentabilidade econômica que a profissão é capaz de gerar dentro da sociedade na qual o profissional se insere. Foi isso que se registrou nas falas dos sujeitos.


S1  “este era um sonho de infância, um desejo imenso de tratar as pessoas.”

S3  “uma carreira promissora, de futuro garantido”

S6  “tenho que admitir que seja a profissão que sempre desejei desde minha infância...”

S5  “meus Pais eram médicos, cresci praticamente dentro de um hospital, e também por ser uma profissão respeitada socialmente e economicamente muito rentável...”

De todas as seis entrevistas, somente S4  em nenhum momento fez referência ao status social, desejo intenso de curar as pessoas, sonho de infância, simpatia ou vocação. Em todos os outros casos, as relações de status e poder simbólico (BOURDIEU, 2001) são prévios ao exercício da profissão.

S4  “... A idéia apareceu no final do curso básico e o curso de medicina apareceu como uma possibilidade de trabalho, mas também com possibilidade de dedicação à investigação e pesquisa [...] que poderiam com certeza promover a saúde em meu país.”


## 2. DIFICULDADES NA PRÁTICA DA PROFISSÃO


Durante o processo de formação médica, os alunos passam por uma espécie de provação, na qual suas teorias sobre a doença e suas regras de comportamento os fazem adquirir uma perspectiva singular acerca dos problemas de saúde. Aqui imperaria a visão minimalista e o enfoque em um paciente reduzido a somente um corpo físico. E também, por assim dizer, onde lhes é legitimado o papel de curandeiro social, respeitado pelo poder e o dom da cura pela sociedade na qual se insere.




O modelo da medicina moderna orienta fundamentalmente para a descoberta e a quantificação das informações biológicas do paciente, talvez por serem básicos e *objetivos (matematizados)*, clinicamente são mais expressivos e importantes do que as representações psicológicas, emocionais, culturais e sociais que compõem fatores de difícil mensuração e estão sendo cada vez mais desconsiderados.


O reducionismo biomédico torna a doença mais importante do que o próprio

adoecimento ou a cura. A ilustração para este posicionamento está declarada nas respostas que obtivemos. Ou seja, percebemos nas falas dos sujeitos que alguns dos fatores motivadores para tal prática são: urgência no diagnóstico... (grifo nosso)


S6  “Somos cobrados por um diagnóstico rápido, para uma cura rápida. Mas não estamos preparados para isso”.


S1  “Os serviços de urgência e emergência em Portugal encontram-se superlotados. Isto tudo porque não se investe em prevenção. E a cada ano mais e mais pacientes adoecem, e superlotam nossos serviços”.


A impessoalidade no relacionamento é citada pelo sujeito S2  S5  e S6 : (grifo nosso)

S2  “Atualmente ocorre uma despersonalização do paciente, pois quando internado ele torna-se **“o paciente do leito 18”** [...] quando que há tempos atrás ele era chamado pelo nome. A medicina envolve conhecer o paciente, conhecer de onde ele vem, onde vive, seus hábitos [...] Sua família [...] Acredito que a pressa fez com este detalhe tão importante da medicina fica-se para trás [...] não temos mais tempo para isso [...] a meu ver estes detalhes são fundamentais para se atuar na prevenção, conhecer a população, suas necessidades, sua maneira de viver”. (destaque do entrevistado






A dimensão humana condiz com respeito pelo portador do corpo, e pelo portador da sabedoria, os doentes querem ser curados, mas querem, também, respeito como merecem todos os seres humanos. Esta relação é essencial na conjugação médico-paciente, mas estaria de certo modo ausente na prática da medicina atual.


S5  “Saber ouvir o paciente, restituir sua história e agir com ética e humanidade [...] compreensão de um ser humano pelo outro... não se pratica mais isso”.


S6  “Não nos permitimos sentir qualquer tipo de afeição pelo nosso paciente; este sentimento seria a desgraça [...] imagine se fossemos ficar tristes cada vez que perdemos um paciente. Ficaríamos loucos!”


S1  “A humanização médica não pode ser aprendida habitualmente nas disciplinas do currículo das universidades, pois não há espaço para ela. Bem ou mal ela será sempre transmitida na personalidade do professor, tanto em sala de aula, como nos hospitais escolas.”


Outro aspecto relevante é a sobrecarga de trabalho por parte dos profissionais de


saúde e a pressão econômica por parte dos prestadores de serviços, referidos por S1 , S2 , S3 , S5  e S6 . (grifo nosso) Embora seja discutível a afirmação de S5 sobre os ganhos financeiros dos médicos.

S1  “Não aprovo a conduta das novas empresas de saúde, novos hospitais que preconizam o número mínimo de consultas diárias muito acima do possível; pois são bem pagas (as consultas) ao hospital apesar de ser isso que movimenta o setor financeiro hospitalar. Mas prejudica intensamente a parte social da medicina. [...] visão de lucros, pressão econômica. Tem-se, assim, como consequência a diminuição drástica do tempo da consulta [...] Como decorrência tem-se a péssima qualidade dos serviços médicos.”






S2  “É extremamente importante explicar aquilo que a gente julga que o paciente tem [...] Atualmente este comportamento está sendo dificultado entre alunos e professores, pois a escola de medicina além da cura exige produção, produtividade [...] O excesso de trabalho não permite a qualidade do nosso trabalho. Realmente não sei dizer se os atuais professores pensam como eu, mas se realmente forem éticos, pensariam...”


S3  “A medicina massificada [...] pela imposição de trabalho, e supervalorização do aspecto econômico e a desvalorização do aspecto humano. A medicina estatal praticada em Portugal através das “policlinicas” e dos “centros de saúde”... tem tantos doentes que não é possível o médico examinar nenhum decentemente. [...] “o tempo gasto com cada doente, não é perda de tempo [...] é ganho de qualidade da medicina enquanto outros médicos atendem 30 por dia, eu atendo cerca de 12 a 16 somente [...]. Uso o tempo para explicar como realizar o tratamento, porque, como fazer e a importância de se fazer [...] isso reflete na qualidade da cura, na diminuição da recidiva da patologia”.


S5  “Trabalha-se muito e ganhou-se muito pouco, essa é a realidade da medicina no Brasil, [...] nas escolas de medicina não podemos mais ensinar aos nossos alunos a verdadeira medicina, pois tempo hoje vale dinheiro”.


S6  “Atualmente não é o médico que vê o paciente, é o paciente que vê o médico [...]. Não vou ver meus pacientes, vou ser visto por eles, esta é uma frase dita por brincadeira no meio médico, mas, que denota a triste realidade da atual medicina”.


Aliás, não podemos deixar de considerar também o próprio desinteresse e conscientização do paciente em se interar sobre seus problemas e sua própria saúde. (grifo


nosso). O fato é que estamos vivendo num mundo onde a saúde só é percebida quando sentimos sua ausência. As falas dos sujeitos S2 , S3 , S4 , S5  e S6  demonstram bem a superioridade da medicina curativista.

S2  *“O indivíduo julga muitas vezes estar com saúde [...] mas pode não estar. Porém só procura o serviço médico quando não pode mais trabalhar, e o que vemos é a superlotação dos serviços de urgência e emergência [...]. É imperativo que ocorra uma revolução tanto no meio médico quanto na sociedade, é preciso haver uma conscientização que prevenir as doenças é a saída para caos que vivemos na saúde atualmente”.*

S3  *“A falta de interesse das pessoas em saber o que o médico realizou é enorme. Eles nem ao menos perguntam por que realizamos este ou aquele exame [...] Parecem não quererem se interar da sua própria doença. Somente lhes interessa um atestado, pelo qual possa explicar ao chefe do seu trabalho o motivo pelo qual se ausentou em um dia ou mais de serviço, e a garantia que não vai ser demitido [...]. Percebo claramente que a doença não lhes importa, nada é mais importante que a garantia do emprego”.*


S4  *“Atualmente não há uma suficiente conscientização da população para as doenças [...] A grande maioria acha que não terão a doença. [...] O baixo nível cultural da população portuguesa é um motivo que interfere no processo de assimilação de prevenção [...] (cita como ex:) meu pai não fez nada, minha avó não fez nada, também não vou fazer [...] somente 10 a 20% dos pacientes que atendo diariamente demonstram interesse real em saber detalhes sobre o câncer”.*


S5  *“As pessoas não querem ver a doença... negam a doença [...] Acredito que assim seja mais fácil lidar com ela. É como se ela não existisse.”.*

S6  *“No Brasil, e creio que em qualquer lugar do mundo, com raras exceções, a pessoa só vai ao médico quando não pode mais agüentar [...] Procurar o médico periodicamente mesmo sem se sentir doente esta fora de cogitação. **É a famosa frase: quem procura acha; se eu for ao médico, ele vai achar alguma coisa, e na maioria das vezes é coisa ruim** [...] Acredito ser muito difícil a conscientização de que prevenir a doença é mais fácil do que tratá-la. Talvez isso seja culpa do próprio avanço da medicina, pois hoje temos medicamentos para quase todos os males corriqueiros”. (destaque dado pelo entrevistado)*

Na medicina reducionista observa-se que os sintomas subjetivos expostos pelo paciente necessariamente devem estar explicados por mudanças físicas objetivas, um déficit



operacional na vida orgânica. Os alunos são instruídos a interpretar o discurso dos seus pacientes relacionando os sintomas e as queixas com seus referenciais biológicos de forma a tornar possível o diagnóstico da patologia.

É o uso da epidemiologia, cuja meta é estabelecer um elo causal entre um ou mais fatores para o desenvolvimento da doença. É o uso dos conceitos de probabilidade ou fatores de risco. S4  em seu discurso não despreza a epidemiologia, mas ressalta que as variáveis culturais e as crenças dos indivíduos podem determinar comportamentos relacionados às doenças que não podem ser desprezados.

*S4  “Acredito que o enfoque primordial não deve continuar se concentrando naquilo que o paciente tem em comum com os outros, mas nas suas peculiaridades”*

Autores como Helman (2008), Sarti (2009), Starfield (2002), Teixeira (2001) e Zola (1996) afirmam que fatores culturais podem causar ou colaborar para o aparecimento de doenças bem como podem nos proteger das mesmas. Portanto, desprezar a base cultural do indivíduo, bem como seu comportamento social poderá, de forma significativa, influenciar na epidemiologia das doenças.


No atual ensino da medicina, estes referenciais parecem estar sendo desprezados, conforme os entrevistados, pouco aproveitados durante o exame clínico e também por exames especializados realizados através de tecnologia diagnóstica. Visto que a grande maioria das pessoas não tem acesso a esta tecnologia e, em consequência, isto diminui a acessibilidade ao médico,<sup>52</sup> com certeza o diagnóstico muitas vezes não irá enquadrar-se com a realidade do paciente.


No discurso de S1  e S2  compreende-se que o método tradicional de ouvir o paciente, a interpretação dos sintomas e o acompanhamento da evolução do curso da

---

<sup>52</sup> Isto levanta a hipótese segundo a qual a relação entre médico e paciente, sendo mediada e substancializada pela “tecnologização” e interferindo na acessibilidade do paciente ao médico na medida em que não havendo acesso ou disponibilidade destas tecnologias, diminui-se o acesso aos médicos, revela a importância dos farmacêuticos e daqueles que atendem tradicionalmente em farmácias, por exemplo. Assim, fatores como disponibilidade imediata do atendente de farmácia, diálogos alongados sobre a enfermidade, os medicamentos e seus efeitos, a “finalização temporária” (“qualquer coisa, volte aqui que eu lhe atendo”), revelam a potencial procura de tratamento para doenças nestes ambientes. Dispensa-se o médico, pois a cura está mais próxima, os agentes dialogam, o atendimento é imediato, a despeito das possibilidades de problemas que podem ocorrer a partir destes procedimentos. Somente casos que exijam tecnologias e equipamentos mais sofisticados em relação àqueles encontrados em farmácias levam o doente a procurar médicos. O que acarreta outro fenômeno estruturante: médicos não atendem aos pacientes em seus ambientes de origem, mas em consultórios como templos próprios aos procedimentos de cura.

doença, vem dando lugar cada vez maior para a tecnologia diagnóstica, talvez devido à eficiência e rapidez na obtenção do diagnóstico. Em todo o caso, a “tecnologização” do processo de relacionamento entre médico e paciente seria um elemento significativo da “desumanização” do contexto saúde-doença.


S1  “Há trinta anos não havia esta tecnologia e isso fazia com que o aluno dependesse mais tempo e tivesse maior contato com seu paciente, tanto físico, quanto verbal. Era necessário, sentir, palpar, auscultar e escutar o paciente. Atualmente, penso que o avanço da tecnologia foi brutal [...] o que favorece o afastamento do profissional de seu paciente [...] Atualmente, o contato com o paciente está totalmente comprometido. Primeiramente deve-se visualizar o paciente como um todo, **depois e somente depois** é que se devem investigar os órgãos separadamente [...] E isso é dificultado pelo advento da tecnologia dos equipamentos: basta aperta-se um botão e o aparelho realiza o diagnóstico, mas não inclui neste diagnóstico o ser humano que pensa e sente diante dele... Hoje os alunos praticam menos exames objetivos e mais exames tecnológicos. Contudo, a máquina deveria ser o último recurso a ser utilizado como método diagnóstico. Acredito que isso se deva ao desprezo pela semiologia básica<sup>53</sup> atualmente nas faculdades de medicina...” (destaques da entrevistada).



S2  “Quando comecei a lecionar exigia-se mais do aluno em termos humanísticos, pois não havia recursos tecnológicos [...]. O diagnóstico das doenças era fundamentado no cuidadoso exame físico do doente, investigação do estado do doente prévio à patologia, seu estilo de vida, suas condições emocionais, enfim, conversava-se muito mais com o doente e com a família, em busca de informações que auxiliariam o diagnóstico [...]. A medicina atual mudou muito devido à idéia da América [...] Americanização da medicina [...] que preconiza menos tempo com o paciente e maior produtividade nos atendimentos, por consequência maior utilização e dependência dos recursos tecnológicos”.


---


<sup>53</sup> **Semiologia** Básica também conhecida como propedêutica medica é a parte da medicina relacionada ao estudo dos sinais e sintomas das doenças humanas e animais. A semiologia é muito importante para o diagnóstico da maioria das enfermidades. *Sintoma* é toda a informação subjetiva descrita pelo paciente. Não é passível de confirmação pelo examinador, já que é uma sensação do paciente (dor de cabeça, por exemplo). Refere-se, unicamente, à percepção de uma alteração por parte do doente. A anamnese é a parte da semiologia que visa revelar, investigar e analisar os sintomas. Cerca de 80% dos diagnósticos são realizados baseados nessa parte do exame, na chamada história clínica do paciente. Por outro lado, um *signal* refere-se a toda alteração objetiva, que é passível de ser percebida pelo examinador (uma mancha na pele, um sopro cardíaco, por exemplo). A semiologia básica médica estuda, também, a maneira de revelar (anamnese, exame clínico, exames complementares) e de apresentar (observação, tabelas, síndromes etc.) esses sintomas, com o propósito de se estabelecer um diagnóstico. Fonte: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Semiologia\\_médica](http://pt.wikipedia.org/wiki/Semiologia_médica)>




S4  “As escolas atuais de medicina, transformam os alunos que chegam cheios de altruísmo e desejo de auxiliar o próximo, [e] ao final do curso pouco resta deste ideal [...]. O fascínio pela medicina tecnológica torna as informações e o próprio aparelho mais importantes que o doente ou as circunstâncias que motivaram o adoecimento [...]. É certo que a busca pela especialização e a utilização da tecnologia dos equipamentos e do benefício trazido pela grande evolução dos medicamentos não podem ser banidos no mundo moderno, mas também é certo que não podem valer mais que o ser humano, deve haver acesso e disponibilidade a todos”.

Contrariamente, os depoimentos de S5  e S6  refletem um lado positivo sobre a utilização da tecnologia médica: a crença na precisão tanto como fonte de dados como instrumentos de interpretação direta tornam-se fatores significativos para que cada médico consiga cumprir suas atividades e metas.


S5  “A ausência de recursos tecnológicos em nosso hospital universitário na época da graduação, fez com que eu meus colegas de turma tivéssemos que usar muita mais da criatividade na coleta das informações para elucidar as doenças [...]. Mas admito: muitos erros nós cometemos por não termos a presença destes recursos no nosso dia a dia [...]. Hoje em dia reconheço que estes recursos salvam vidas. É pena não estarem disponíveis a grande parte da população brasileira.”

S6  “A maior dificuldade no Brasil é o sucateamento da rede hospitalar. Observo que a saúde, apesar de ser para todos, está disponível apenas para uma minoria que pode pagar [...] e a essa minoria encontra-se disponível aparelhos que muitas vezes dispensam o conhecimento e atenção médica, tamanha é a precisão diagnóstica que ele possui [...]. Tenho certeza absoluta que muitas vidas poderiam ser salvas diariamente se recursos tecnológicos e medicamentos estivessem disponíveis integralmente e igualmente na rede hospitalar do SUS”.


Já S4  refere, também, ter freqüentado uma escola que incentivava os recursos tecnológicos.<sup>54</sup>


---


<sup>54</sup> Ao mesmo tempo é importante lembrar que a tecnologia médica torna-se um grave problema no processo de tratamento, pois a “quebra” ou insuficiência de um instrumento tecnológico, como o “aparelho de raios-X”, por exemplo, pode interromper o procedimento de investigação. E os médicos nada sabem sobre o aparelho, senão sobre seu suporte e determinismo na análise de doenças. Outro fato não raro implica na troca de “exames” entre pacientes: desconhecendo o paciente ou tendo interação mediada por instrumentos tecnológicos, as probabilidades de trocas ou extravios de “resultados” poderá determinar a própria falência do paciente.



S4  “[...] meu conhecimento básico veio da ortomolecular, da genética, da biologia celular [...]. Juntas estas técnicas promoveram a visão que se tem das doenças atualmente [...]. A utilização destas tecnologias promoveu o aumento do tempo de vida [...] e o controle do agravamento das doenças [...]. O avanço tecnológico tem seu lado positivo, apesar de que reconheço também seu lado negativo, pois a mesma tecnologia que salva vidas, não nos deixa atingir o lado social da doença, é como se individualizássemos o doente e a doença”.

Outra questão da medicina moderna é o seu modelo reducionista, inspirada no modelo biomédico, que transforma a totalidade de um paciente em um determinado órgão, ou uma parte corporal doente. A própria universidade fornece formação educacional fragmentada, produzindo superespecialistas que sabem cada vez mais sobre cada vez menos. (grifo nosso).

S1  “A formação médica em Portugal é intensamente orientada para aspectos referentes à anatomia, à fisiologia, à patologia da doença, aos sintomas clínicos que o paciente apresenta, e desconsidera a história do paciente e isso o desprovê de qualquer apoio moral e emocional [...]. Nossos alunos não são mais ensinados a ouvir e entender o paciente. É necessário sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas, e encontrar junto com o mesmo, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida exigido pela doença.”


Na fala de S4  fica clara a formação médica baseada em uma anatomia microscópica, segundo a qual a importância que a medicina moderna dá ao super interesse pelas células, pelo funcionamento das mesmas, pela sua ação bioquímica, se sobressai ao lado social da doença.

S4  “Minha formação, enfatizava que o indivíduo era somente aquilo que podíamos ver através do microscópio, ou seja, ele era reduzido a um conjunto de células, que apresentavam algum problema [...]. Já se passaram 25 anos e nada mudou, continuamos a ensinar da mesma forma, por mais que meu pensamento e minha convicção sejam que tudo isso deve mudar”.

Socialmente estes profissionais que sabem muito de um pouco, tendem a ter status e renda maior em relação aos generalistas, que sabem um pouco de tudo. S5  e S6  relacionaram a necessidade da especialização médica no Brasil como fator desencadeador de renda e status social. (grifo nosso).


S5  “No Brasil o médico generalista ou trabalho 24 horas por dia,

*ou morre de fome. Somente é valorizado aquele que aprofundou seus estudos, mais ainda se estes foram realizados nos Estados Unidos”.*

S6  *“Basta ir aos congressos médicos para perceber a diferença. Ali estão somente os especialistas, tanto que posso afirmar que praticamente não existem congressos para generalistas”.*


O atendimento das necessidades de saúde de cada indivíduo implica naturalmente a obrigação de recursos consideráveis, quer seja próprio ou governamental.


Refletindo sobre o contexto em que a saúde de uma comunidade se desenvolve, observa-se que grande parcela desta realidade se deve a situação socioeconômica e política a qual ela esta inserida.


S4  *“Observo que quando tratamos do assunto prevenção, as mudanças de comportamento individual não podem ocorrer sem tratar das estruturas e das relações sociais que possam estar na base e contribuir para os padrões de comportamento que se quer modificar. Neste momento a ausência dos investimentos em saneamento básico e educação por parte do governo são evidentes.”*


Não é difícil perceber o quanto o nível de bem estar geral e de saúde interferem no ritmo de desenvolvimento social e econômico da população. Estabelece-se um círculo de interdependência entre a evolução de uma e outra.

Portanto quando os investimentos em saúde – e destaquem-se também condições sanitárias ou saneamento básico, condições sócio-habitacionais, nível educacional, entre outras tão importantes quanto à saúde em si –, não são suficientes, ou não contemplem as necessidades da comunidade, e refletem diretamente na queda de condições gerais de saúde da população.

No discurso de S3  fica claro que a medicina é a mesma para todos, mas a diferença encontra-se na forma como ela é disponibilizada à sociedade. (grifo nosso).

S3  *“Acredito que a medicina é a mesma. O que falta são recursos financeiros para igualar a aplicabilidade [...] devido aos avanços tecnológicos empregados e também por muitos países não terem conseguido acompanhar [...]. Comparando a medicina portuguesa e a alemã, e também porque não a brasileira, a diferença é somente econômica. Os médicos têm a mesma capacidade [...] mas não conseguem igualar em qualidade nem tão pouco em quantidade os atendimentos [...]. As estruturas político-econômica, e político-social não permitem esta igualdade”.*


S5  *“É impossível manter a mesma qualidade de nossos serviços, quando comparo meu plantão em hospital da rede pública e na rede privada [...]. No primeiro às vezes nem linha de sutura nós temos; no segundo por qualquer motivo solicitamos uma tomografia. É um jogo desonesto, onde o paciente com menor recurso e acessibilidade sempre saíra perdendo, não depende só de nós”.*


S6  *“Você acha que a medicina realizada em São Paulo é a mesma que se realiza no interior do nordeste? Se eu disser que sim estarei mentindo, se eu disser que não também estarei mentindo. Mas a medicina não é uma só? Os livros não são os mesmos? A formação médica é a mesma, o que difere são os recursos disponibilizados aos usuários”.*

### 3. A RELAÇÃO DA MEDICINA COM OS MEDICAMENTOS E A TECNOLOGIA


A profissão médica traz consigo inúmeros atributos, e um dos mais significativos talvez seja o da prescrição de medicamentos, culturalmente atribuída ao médico por parte da população e legitimamente por parte do Estado.


E o que podemos observar é a dependência cada vez maior dessas drogas tanto por parte dos médicos em receitá-las, como por parte dos próprios pacientes em utilizá-las.



S2  Questiona a comercialização da medicina, refere que a mesma está muito industrializada, e encontra-se refém da indústria farmacêutica.

S2  *“Receita-se mesmo sem ser preciso, quando não dispúnhamos deste arsenal terapêutico que são os medicamentos, cabia ao médico ensinar formas naturais de tratar as doenças”.*

As indústrias farmacêuticas cada vez mais tendem a desenvolver e produzir produtos e medicamentos e incentivar o consumo dos mesmos, com a intenção de suprir as necessidades de saúde das populações. Porém, a custos elevadíssimos que na verdade somente uns poucos países conseguem subsidiar estes preços tornando possível o acesso aos mesmos, o que não é o caso do Brasil e Portugal.


S3  que trabalhou por quase 10 anos na Alemanha entre os anos de 1970 e 1980, e atualmente trabalha em Portugal refere que:


S3  “Na Alemanha não se dava receitas de medicamentos desnecessários, lá controlávamos demais os receituários, pois a taxação de impostos é feita em cima das prescrições [...], portanto o próprio médico reflete sobre o seu poder econômico antes de prescrever. Porém, não se podem considerar outros países da Europa. Para muitos existe o que eu chamo de complexo médico-industrial, para favorecer a mercantilização da medicina que trás consigo o acesso não equânime e universal aos serviços médicos e assistenciais, e o que mais me preocupa é que este sistema afeta também os serviços essenciais [...]. Em Portugal [...] as indústrias são capazes de oferecer viagens de férias para nós médicos em troca de receitarmos seus produtos, sei que no Brasil à coisa não é muito diferente”.

S5  e S6  Descrevem que a própria cultura brasileira é vista como uma grande barreira na prática da medicina no Brasil: toda consulta que o paciente faz independente de qual o motivo, necessariamente o médico precisa prescrever algo para ele tomar ou usar.

Helman (2008) refere que para certos pacientes o medicamento receitado poderia suprir algo que lhes falta na vida; uma nota de sentido, segurança, até mesmo uma relação parenteral com a figura que prescreveu o medicamento. A autoridade de quem prescreve, a sua legitimação enquanto agentes de cura advêm de determinados símbolos, tais como o jaleco branco, o estetoscópio ou o receituário. Ao manusear esses símbolos potentes o médico está ao mesmo tempo manifestando e reafirmando determinados valores básicos da sociedade ocidental e reforçando o sentimento de segurança ao paciente.


Contudo, não se pode esquecer que grande parte dos problemas de saúde nas sociedades atuais pode ser desencadeada por fatores tais como: pobreza, desemprego, crises econômicas, poluição, ausência de saneamento básico, o não acesso à educação, má alimentação, exposição a elementos nocivos à saúde, descaso do poder público, que na verdade não podem ser resolvidos pelo simples ato de se ingerir um medicamento.


S5  “é como se o remédio fosse o milagre da cura, e nada mais fosse importante, [...]. Grande parcela da população brasileira não consegue associar saúde à moradia, à escola, à alimentação.”


S6  “É impressionante como o brasileiro praticamente exige o remédio, o paciente parece frustrado se não receitamos alguma coisa, é como se não acreditassem em nós, e sim no medicamento [...]. Nos Estados Unidos, a coisa não é bem assim”.


O sistema médico tem uma relação simbiótica com as indústrias farmacêuticas e

também com as fabricantes de equipamentos, sendo que essa relação não é necessariamente de interesse para o paciente.


S2  Comenta sobre a pressão que as indústrias farmacêuticas exercem sobre os médicos para aumentar as vendas dos seus produtos:

S2  *“Eles nos oferecem prêmios, viagens, e até mesmo valores em dinheiro. É como se o paciente fosse o último nessa escala de valores, e não posso negar também que a mudança de valores ocorreu também na vida do próprio médico [...] Sob pressão nos entregamos aos encantos dos interesses da indústria farmacêutica. [...] ocorre uma aceitação generalizada principalmente do que chamamos de reconfortantes químicos, na qual saúde pode ser vista em termos físicos, sociais, sexuais ou econômicos. É assim que são denominadas as vitaminas, fortificantes, tranqüilizantes, e até mesmo a maconha, a cocaína e o ecstasy”.*

S3  *“O uso do antibiótico facilitou nossa vidas em termos de tratamento, mas retardou a medicina em termos de prevenção. Para que prevenir, se podemos tratar com eficiência? Pensamento errado a meu ver”.*


S5  *“A crença na solução rápida e reconfortante que o medicamento trás não podem representar uma solução adequada para os males sociais e psicológicos dos indivíduos [...]. Apesar de muitas drogas terem um significado e um papel fundamental no tratamento e na prevenção de certas doenças, muitos dos problemas de saúde das comunidades mais pobres não podem ser resolvidos por meio do uso de antibióticos e outros medicamentos de alto custo [...]. Seria uma inversão de conceitos. A solução para as doenças não está no aumento do consumo de remédios, mas sim nas melhorias das condições de vida da população.”*


Por outro lado, S6 ressalta aspectos, a seu ver positivos, da utilização de medicamentos.

S6  *“Não podemos somente ressaltar o lado ruim. Bons tratamentos são fruto de uma indústria farmacêutica forte, que investe maciçamente em pesquisa. Muitas doenças que eram incuráveis foram aos poucos se tornando não mais um pesadelo na nossa vida [...]. O problema se encontra nos altos preços e falta de subsídios por parte do governo. Veja o exemplo do filtro solar: é simplesmente impossível indicar ou receitá-lo a grande massa populacional mais pobre brasileira devido o seu custo elevado [...]. Veja as pessoas que trabalham na agricultura, ficam expostos ao sol, todos os dias, durante o ano todo, somente se protegem do mesmo*


*com blusas e chapéus, ou às vezes nem isso. São os que compõem a maior parcela de pacientes com câncer de pele na face no Brasil”.*

A tecnologia desenvolvida para obterem-se diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficientes podem ser vistas como a extensão dos sentidos humanos e de suas funções motoras e sensoriais. São formas de se ver e ouvir com maior precisão o corpo humano e seu funcionamento interno. Não podemos negar seu lado positivo, porém também não podemos relegar seu lado negativo.

S1  *“Há 30 anos não havia esta tecnologia e isso fazia com que o médico necessariamente tivesse maior contato com seu paciente [...] tanto físico, quanto verbal [...] sentir, palpar, ausculta e escutar [...]”*


S6  *“Posso garantir que a tecnologia veio para auxiliar o diagnóstico: erramos menos atualmente [...] somos mais rápidos no diagnóstico... mais exatos. Mas erros ainda acontecem, mas creio que por falha humana. Os médicos mais jovens não são tão cobrados quanto fui à minha época, por isso erram mais [...]. Parecem querer atender mais do que são capazes, sobrecarregam-se de trabalho dando plantões em mais de três ou quatro hospitais”.*

Em termos de perspectiva de vida, é certo que a tecnologia favoreceu a probabilidade do aumento de distanciamento entre a expectativa biológica e social do nascimento e da morte de um indivíduo.

S4  *“Não podemos ignorar que mesmo perante as doenças mais complicadas, a expectativa de vida aumentou significativamente quando comparada às mesmas situações de 40, 30 anos atrás, e isso se deve ao desenvolvimento tecnológico que a medicina desenvolveu”.*

S6  *“vive-se mais e melhor que 50 anos atrás”.*


Contudo nem sempre viver mais significa viver melhor. O sistema de manutenção da vida desenvolvido pela tecnologia através do próprio homem pode aumentar o intervalo entre a morte biológica (morte cerebral) e a morte social (a morte do ser como pessoa).


S3  *“hoje presenciamos máquinas que são capazes de manter um corpo por meses e até mesmo anos a fio, porém vejo aí um dilema ético... estender a quantidade de vida, mas muitas vezes à custa da qualidade da mesma”.*


#### 4. O CÂNCER


Podemos afirmar que a experiência das pessoas com relação à expressão câncer pode ser amplamente permeada pela cultura e por determinantes sociais tais como a televisão, a publicidade, a vida pública dos famosos, e pela própria sociedade em que vivem. A associação imediata com a fatalidade da doença, o difícil tratamento devido aos efeitos colaterais do mesmo e a dificuldade de adoção dos comportamentos de prevenção dos indivíduos são pautados nos conhecimentos e crenças que os mesmos possuem.

Ao indagarmos os entrevistados sobre o câncer ficou claro nas falas dos mesmos que a fatalidade e o medo são o maior obstáculo que o paciente precisa vencer para procurar auxílio médico. Orientações de ordem psicossocial credenciam e substancializam a maioria dos comportamentos.

S1  *“O estigma que a palavra câncer traz junto com o próprio diagnóstico é a pior barreira para o tratamento”.*


S3  *“No início da minha carreira não sabíamos muito bem como ele (o câncer) acontecia. Atualmente sabemos até mesmo como evitá-lo. Porém, é difícil lidar com algo que se parece muito com a morte em si; é difícil explicar [...] é como se o paciente entrasse na batalha já como sendo o lado derrotado. O que percebo é com o acesso fácil à internet, eles obtêm mais facilmente informação sobre a sua doença e também compartilha suas angústias. A 30 ou 40 anos atrás tudo era muito escondido. Porém, quando questiono sobre a mudança de hábitos que ele terá que adotar as dificuldades iniciam [...]. Adotar hábitos saudáveis ou melhor, transformar seu modo de viver de um dia para o outro é muito difícil”.*

S4  ***“A doença em si é tão aterrorizante que os pacientes referem-se a ela com aquilo que eu tenho, ou aquela doença, e quando nos questionam sobre como será dali por diante, a primeira pergunta é: quanto tempo de vida ainda me resta. Por mais que se tente é impossível evitar os sentimentos de tristeza do paciente e da própria família relacionados ao câncer, o que muitas vezes não acontece com outras doenças [...]. Com o câncer de pele é um pouco diferente, pois sua malignidade apesar de ser alta, mata pouco. Então, percebo que é mais difícil ainda conscientizar o paciente das medidas que ele deve adotar para tratar e também para prevenir sua recidiva [...].”*** (destaque do entrevistado).

S5  *“O câncer no Brasil é o exemplo claro da má distribuição dos recursos e aparatos tecnológicos hospitalares. Se observar bem, todos os recursos encontram-se centralizados nas grandes capitais,*




*[enquanto que] moradores das cidades do interior têm que se deslocar para que o mesmo possa tratar-se [...]. Esse é o principal fator desmotivador de seguir adiante no tratamento e eles acabam desistindo [...]. Tudo fica muito difícil para quem não tem condições financeiras”.*

S6  “No serviço de oncologia do meu hospital, somente 5% dos pacientes acometidos por câncer de pele não fazem recidivas. Esse número é muito baixo. Questiono se esse número é devido à ausência de informação ou a não adoção de medidas preventivas. [...]. possuímos um serviço muito bom de assistência social, que se esforça em ensinar como prevenir a doença, convidamos a família a participar, mas a adesão é muito pequena”.

A força significativa da cultura popular representada por indivíduos leigos em relação aos conhecimentos científicos da medicina é um agente influenciador nos tratamentos médicos. O autotratamento, a automedicação, a busca por aconselhamento de amigos ou parentes, tem influência direta no agir do paciente durante o aconselhamento e tratamento médico.


Helman (2008) identifica três setores sobrepostos e interligados da assistência à saúde na sociedade moderna, a saber: o setor informal representado por familiares, amigos próximos ou simplesmente aconselhamentos de indivíduos da comunidade; o setor popular, representado por indivíduos leigos, mas que possuem a experiência e o conhecimento das técnicas de cura, entretanto não pertencentes ao sistema médico legitimado; e, por último, o setor profissional representado por profissionais legalizados e reconhecidos para o tratamento da saúde.

S6  “Um dos grandes problemas que enfrentamos diariamente tanto em consultório quanto no ambiente hospitalar é a crença cultural. Pacientes chegam com idéias adquiridas pela cultura popular, que na maioria das vezes é prejudicial ao tratamento e isso é muito difícil de ser mudado [...]. No caso específico do câncer isso é muito perigoso: eles recusam o tratamento porque alguém em algum lugar lhes disse que faria mal, e o cabelo cairia [...] é difícil fazê-los entender que a queda do cabelo faz parte do tratamento e que isto será passageiro [...].”

## 5. A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO

O que podemos perceber na falas dos entrevistados através do questionamento da

importância da “prevenção” foram discursos permeados de associações de prevenção de doença com interpretação e diagnóstico precoce.

S1  “Na minha área não posso negar que os exames tecnológicos reforçam e muito **o conceito de prevenção**. Ex.: ecocardiografia<sup>55</sup>, ultrassonografia<sup>56</sup> [...], pois através destes exames podemos obter informações importantes em relação ao coração do bebe, mesmo dentro do útero materno, o que não seria possível sem estes recursos”. (destaque do entrevistado).


Nesta área o único que pode falar/observar o bebe é o médico quando se trata de interpretar as reações biológicas de saudabilidade ou desequilíbrio desta. É uma situação de exclusividade, porém com o tempo e o crescimento deste bebê, o médico perde a exclusividade de interpretação e a prevenção se esvai. A descoberta precoce de uma doença pode evitar a sua evolução, mas não significa sua prevenção.


As falas dos entrevistados também mostraram os problemas culturais da adoção destes comportamentos fortalecidos pelo poder econômico.


---

<sup>55</sup> A **ecocardiografia** ou ecoDopplercardiografia abrange os métodos de diagnóstico da estrutura e do funcionamento do coração baseados no uso de ultra-som, ou seja, as ondas acústicas com frequência de mais de 20 mil Hz (ciclos por segundo), geralmente em torno de 2 a 4 Mega Hz. Este exame é frequentemente empregado na avaliação dos pacientes com sopro cardíaco, sintomas de palpitação, síncope, falta de ar, dor torácica, ou portadores de diversas doenças cardíacas como doenças do músculo cardíaco (infarto do miocárdio, miocardiopatias), insuficiência cardíaca, doenças das valvas, anomalias congênitas, entre outras. A ecocardiografia apresenta imagens estáticas e em movimento do músculo e das valvas cardíacas, além disso, através do mapeamento de fluxos em cores pela técnica Doppler pode identificar a direção e velocidade do fluxo sanguíneo no interior das cavidades cardíacas.  
Fonte: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Ecocardiografia>>

<sup>56</sup> **Ultrassonografia** (ou **ecografia**) é um método diagnóstico que aproveita o eco produzido pelo som para ver em tempo real as reflexões produzidas pelas estruturas e órgãos do organismo. Os aparelhos de ultrassom em geral utilizam uma frequência variada dependendo do tipo de transdutor, desde 2 até 14 MHz, emitindo através de uma fonte de cristal piezo elétrico que fica em contato com a pele e recebendo os ecos gerados, que são interpretados através da computação gráfica. Quanto maior a frequência maior a resolução obtida. Conforme a densidade e composição das estruturas a atenuação e mudança de fase dos sinais emitidos varia, sendo possível a tradução em uma escala de cinza, que formará a imagem dos órgãos internos. A ultrassonografia permite também, através do efeito Doppler, se conhecer o sentido e a velocidade de fluxos sanguíneos. Por não utilizar radiação ionizante, como na radiografia e na tomografia computadorizada, é um método inócuo, barato e ideal para avaliar gestantes e mulheres em idade procriativa. A ultrassonografia é um dos métodos de diagnóstico por imagem mais versátil e ubíqua, de aplicação relativamente simples e com baixo custo operacional. A partir dos últimos vinte anos do século XX, o desenvolvimento tecnológico transformou esse método em um instrumento poderoso de investigação médica dirigida, exigindo treinamento constante e uma conduta participativa do usuário. Fonte: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Ultrassonografia>>

S2  “Praticar prevenção exige conhecimento por parte do médico e por parte da população também. A medicina proporciona ao médico a opção de como tratar o paciente, a escolha é ele quem faz [...] Procurar o médico periodicamente, mesmo com ausência de doença é um meio de se fazer prevenção, mas para isto o Estado deve proporcionar acessibilidade, o que nunca eu pude observar nestes meus 64 anos de profissão. Mas sonho ainda com este dia”.

S5  “Não podemos desprezar que este modelo (econômico sobrepondo-se ao social) é o principal modelo financiado pelo recurso público [...] visa-se muito mais a cura do que a prevenção e a população adotaram este tipo de medicina.”

S6  “Não estamos preparados para este tipo de medicina (medicina de prevenção). Justifico minhas palavras da seguinte forma: mesmo quando falamos em prevenção, na verdade estamos falando em diagnosticar rapidamente a doença. Veja o câncer de pele: a campanha fala em procurar um médico quando a mancha já está instalada, (mas) isto não é prevenção, isto é diagnóstico precoce”

## 6. OS FATORES QUE DIFICULTAM E OS QUE PODEM FAVORECER A PRÁTICA DA PREVENÇÃO


Podemos considerar que medidas de prevenção e promoção de saúde geram demandas por ações de saúde e são influenciadas por diversos fatores. O grau de acometimento das doenças, e o aumento da incidência das mesmas, levam-nos a crer na insuficiência do atual sistema de formação médica e atendimento de saúde da população.

Tomemos como exemplo o câncer de colo de útero. É sabido que as unidades de saúde no Brasil realizam rotineiramente nas mulheres adultas ou que já tenham atividade sexual, os exames preventivos deste tipo de câncer (denominado de Papanicolau<sup>57</sup> ou


---


<sup>57</sup> O teste de Papanicolau é um exame ginecológico de citologia cervical realizado como prevenção ao câncer do colo do útero. Seu nome traz a identidade de seu idealizador, o médico grego Geórgios Papanicolau (1883-1962), considerado o pai da citopatologia. O exame deve ser realizado em todas as mulheres com vida sexual ativa ou não, pelo menos uma vez ao ano. Após três exames anuais consecutivos normais, o teste de Papanicolau pode ser realizado com menor frequência, podendo ser, em mulheres de baixo risco, até a cada três anos, de acordo com a análise do médico, porém mulheres com pelo menos um fator de risco para câncer do colo uterino devem continuar se submetendo ao exame anual. Consiste basicamente na colheita de material do colo uterino com uma espátula especial, sendo este material colocado em uma lâmina e analisado posteriormente por patologista (que pode ser um médico, farmacêutico ou biomédico) ao microscópico. É citológico, examina a morfologia das células da mucosa do colo do útero, analisa alterações nas células cervicais, chamadas de displasia cervical. A displasia que se desenvolve deve-se a uma infecção causada pelo vírus que se designa papiloma vírus humano (HVP). Este vírus altera de tal forma as células que se podem formar tumores benignos ou mesmo malignos. Atualmente, nos Estados Unidos, já está a ser comercializada uma vacina para este vírus. O exame de Papanicolau também pode diagnosticar doenças sexualmente


citologia oncótica do colo do útero). Porém, o exame físico de câncer de pele, não possui esta mesma rotina. Nora e colaboradores (2004) demonstraram através de um estudo realizado no Brasil, que a frequência de aconselhamento para prevenção de câncer da pele pelos profissionais da saúde é baixa, mesmo para os pacientes de alto risco.


S5  *“Nossos alunos atualmente não saem preparados para realizar ações educativas em saúde”.*

É fundamental reconhecer que a educação médica em geral durante a graduação é apenas o início do aprendizado que necessitará se desenvolver e aprimorar ao longo da vida do medico.

S6  *“Temos que encorajar o aluno a ser responsável pelo seu próprio aprendizado, e, sem dúvida, como educador meu principal objetivo é fazê-los (os alunos) identificar meios efetivos para conseguir atingir estes objetivos. A razão fundamental é que os conhecimentos adquiridos durante a graduação já estarão superados nos primeiros cinco anos de formados, tamanha é a evolução e o conhecimento médico universalmente divulgado”.*

S1  *“O estudante não pode achar que sua formação depende da memorização do maior numero possível de informações, pois como conseqüência não conseguirá formar uma idéia clara sobre que habilidades, atitudes e valores são de fato fundamentais”.*

Acreditamos que o médico deveria ser a pessoa mais indicada para orientar a respeito dos cuidados e da prática da prevenção. Porém, somente S4  mencionou a importância da transmissão de conhecimentos durante a consulta.


S4  *“Preocupo-me em perceber os fatores de risco, durante a consulta, pois sabendo que doenças oncológicas são doenças da civilização [...] são patologias de estilos de vida que acometem todas as populações [...]. A transmissão de conhecimentos que podemos empreender é de extrema importância [...], porém nossos alunos adotam a racionalidade médica pela busca de fatos que levem a relação de causa linear e mecânica. É como se a doença fosse o que somente interessa-se ao médico, não mais percebendo que podemos*


transmissíveis ou o condiloma, uma afecção que pode levar a uma doença maligna. O teste é um exame de triagem. Desta maneira não define diagnósticos definitivos, mas levantam suspeitas. É necessária a confirmação por outros métodos. O exame citológico é simples, mas não é indolor e é oferecido gratuitamente pelo sistema público de saúde brasileiro em qualquer unidade básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e também em todas as faculdades de Medicina do Brasil, porém algumas mulheres ainda deixam de se submeter por medo, desinformação ou vergonha. Fonte: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Teste de Papanicolau](http://pt.wikipedia.org/wiki/Teste_de_Papanicolau)>


*prevenir o adoecimento e por conseqüência acelerar e minimizar a cura dos doentes.”*

O estudo produzido por Gabeza et al (1999) afirma que as informações mais confiáveis sobre doença e suas prevenções devem ser transmitidas pelos médicos. Contudo, são os que menos participam na difusão destas informações.


A crença de que é melhor não interferir no câncer durante sua instalação e evolução é antiga e ainda presente na nossa cultura. Essa maneira de pensar explica a construção cultural que se tem de não procurar ajuda médica imediata quando se percebe qualquer coisa errada no corpo ou no funcionamento do mesmo. O que resulta em diagnósticos da doença em fases mais avançadas e, por conseqüência, tratamentos mais agressivos e por muitas vezes ineficientes.

S1  *“É um problema cultural, difícil de ser alterado de uma geração para outra; é um trabalho árduo e contínuo de educação, que deve iniciar na infância”.*

S5  *“Somente através de educação de base vamos conseguir implantar a prevenção [...]”.*


S6  *“Acredito que a prevenção do câncer de pele somente terá êxito quando conseguirmos atingir a consciência de que o sol deve ser aproveitado com moderação, quando conseguirmos abolir o conceito do corpo bronzeado como sinônimo de beleza, status e poder. E isso eu tenho certeza é uma utopia no Brasil”.*


Contudo não se pode exigir que somente a população perceba que pode haver uma nova adaptação através do trabalho educacional. O Estado também deve se responsabilizar para que a prática seja viável.

S3  “Na Europa a prevenção está difundida em morbidade e mortalidade. Esquemas se criaram mundialmente favorecendo a prevenção [...] Uns Estados aderiram mais rapidamente, outros mais lentamente e alguns poucos não aderiram. Percebe-se que os países ricos aderiram mais rapidamente. Portugal trabalha em cima da prevenção, por exemplo, o rastreio realizado pela oncologia. Mas não há educação... percebe aí a ruptura entre o preconizado e o realizado? É necessário que o doente vá ao médico e o mesmo agilize o atendimento... fazemos os exames, diagnosticamos o câncer de mama, mas a cirurgia nem sempre é realizada em tempo hábil. Demora-se tanto para operar que muitas mamas que não precisariam ser retiradas totalmente no momento do diagnóstico, (e) no momento da cirurgia são extirpadas por completo, gerando um dano físico e psicológico que a meu ver é irreparável. Também, talvez o tratamento complementar para eliminação das células cancerígenas não seja mais eficiente e o paciente vá a óbito”.


Percebe-se aí que mesmo que as campanhas de prevenção do câncer sejam efetivas, seus objetivos não são atingidos, pela ineficiência do Estado em suprir as necessidades médicas de acesso aos serviços de saúde.


Um dos fatores desmotivadores da prática da prevenção citado por dois dos entrevistados foi à descrença do indivíduo de um dia poder ter a doença.

S4  “Acredito que uma série de fatores determina a prevenção na prática. Atualmente não há suficiente conscientização da população para as doenças [...] A grande maioria acredita que nunca terá a doença. O baixo nível cultural da população portuguesa interfere no processo de assimilação de prevenção [...] (cita como ex:) **meu pai não fez nada, minha avó não fez nada, também não vou fazer**”.  
(destaque do entrevistado)


S6  “Quando se fala de prevenção de câncer de pele a primeira orientação é sobre a exposição solar, mais especificamente sobre o bronzear-se [...]. Como convencer pessoas que moram em um País tropical, quente, com lindas praias, que o sol pode fazer mal? [...] Associe esta idéia a descrença do paciente de que ele pode um dia vir a ser um portador de câncer de pele, e terá a dimensão do quanto é difícil [...].”

Hábitos culturais e estéticos que provocam a hipótese de que um corpo bronzeado é mais saudável ou “bonito”, quando na verdade indicam que a pele reagiu a um excesso de radiação recebida. Tais hábitos prevalecem no Brasil, por ser um país tropical e culturalmente conhecido por suas praias.

S1  *“Infelizmente o hábito de exposição solar é o que prevalece em meu país. As mulheres aqui parecem querer se parecer cada vez mais com as Brasileiras: querem ir à praia, mostrar o corpo e bronzear-se. Isso muito me preocupa. Pois Portugal tem um verão muito pequeno quando comparado as outras estações do ano. Sendo assim, acredito que a grande maioria destas mulheres que se expõe ao sol o faça sem nenhuma proteção para poder bronzear-se mais rapidamente”.*


S5  *“Além do sol de lazer temos ainda o sol que atinge milhares de trabalhadores nos grandes centros urbanos e nas áreas rurais que não tem como se proteger devido seu tipo de trabalho”.*

A incredulidade de ser portador da doença é um fator cultural comum às sociedades brasileira e portuguesa. E também o fato do paciente não interar-se da sua própria doença. Merighi et al. (1997) constatou que grande maioria dos indivíduos ignora a função dos exames preventivos, e muitos nem sequer voltam ao posto de saúde para buscar o resultado desses exames.

S3  *“O povo alemão não deixa o médico deter o poder único [...] Quanto maior o acesso à educação, maior a exigência da população; o povo cobra explicações sobre as doenças e os tratamentos propostos, e também se interessa na prevenção de doenças [...]. Em Portugal é normal a falta de interesse das pessoas em saber o que o médico realizou, não quer se interar da sua própria doença [...] em Portugal somente 10 a 20% da população demonstram interesse em saber como está sua saúde quando procuram um médico.”*


## 7. INEFICIÊNCIA DO SISTEMA ATUAL


Apesar de o modelo médico atual ser o modelo dominante, e entendido como a ideologia de tratamento e de cura no mundo todo, percebe-se claramente que ele encontra-se em crise no sentido de que há perguntas que o modelo não consegue responder.

S4  *“Acredito que mesmo que os profissionais médicos confiem que haja grande influência de componentes de ordem subjetiva ou afetiva nas doenças, tendem a não lidar com os mesmos pelo despreparo na vida acadêmica [...] Não preparamos nossos alunos para lidar com emoções, e sim para lidar com sintomas [...] **ex: se um paciente vai ser submetido a uma cirurgia, e momento antes relata a um dos médicos da equipe cirúrgica sua angústia e anseios sobre a situação que irá vivenciar, imediatamente lhe é prescrito um medicamento ansiolítico ou calmante. Poucos são os profissionais que em vez de receitar, sentam-se ao lado do paciente e lhe confortam psicologicamente ou espiritualmente**” (exemplo dado pelo*

*entrevistado).*

O melhor indicador da insuficiência do sistema de saúde atual são as filas que se formam nos postos de atendimentos da rede básica de saúde, tanto no Brasil quanto em Portugal. Há má distribuição das unidades assistenciais, que marginalizam a periferia e privilegiam os grandes centros e que também concentram a grande maioria dos recursos de diagnóstico e tratamento que a moderna tecnologia médica desenvolveu. Tal heterogeneidade torna-se também visível na distribuição de do número de leitos e unidades hospitalares, tanto no território brasileiro quanto no português.


S1  *“Além de termos sobrecarga de trabalho com os pacientes moradores da grande Lisboa, ainda temos que atender as regiões que cercam o centro, pois a distribuição dos aparatos e também de mão de obra é muito ruim e desigual”.*


S6  *“Marginalizamos a periferia das grandes cidades, e nem sequer percebemos que lá é que está a grande concentração de doentes no país”.*


O sucesso na prevenção de doenças através das vacinas e no tratamento de muitas patologias infecciosas, como a varíola, a difteria, a poliomielite, o tétano, o sarampo entre outras; e o alívio de muitos sofrimentos e o aumento da perspectiva de vida; a diminuição da mortalidade infantil... resultaram no fato de que as pessoas vivem por mais tempo, ou seja, o suficiente para sofrer das doenças crônicas, tais como: diabetes, hipertensão, artrites, doenças degenerativas neurológicas e o câncer contra os quais não existem vacinas e os tratamentos são muitas vezes para o resto da vida.


O modelo de cuidado para as doenças crônicas e degenerativas se faz em longo prazo, o que requer uma abordagem bastante diferente do atual modelo reducionista de doença. Neste novo modelo se faz necessário que o paciente seja co-curador da sua própria doença, o que aumenta a necessidade de um maior entendimento por parte do paciente acerca de suas crenças e de suas realidades cotidianas. O que amplia a necessidade de uma maior educação do paciente.



S3  “Outro exemplo de ineficiência do sistema sob o qual a medicina atual se organiza é o caso de ruptura dos tendões da mão que se suturados em 24 horas tem total chance de recuperação quase que absoluta. O paciente com certeza irá procurar um atendimento de emergência, porém em Portugal os cirurgiões que são aptos a operar este tipo de trauma, não atendem em prontos atendimentos das periferias das grandes cidades. Então o paciente é transferido para centros maiores, já com uma sutura prévia do trauma, (e) por não ser mais uma situação de emergência, o paciente deve aguardar um horário para ser atendido, e isso pode levar meses, o que não justificaria a nova cirurgia [...]. Pronto! Temos aí mais um trabalhador na lista de aposentadorias precoces em nosso país, mais gastos públicos que poderiam ser evitados.”

S1  “Na prática clínica cerca de 10% dos meus atendimentos é para cobertura privada e particulares o restante depende do Estado [...] Reconheço a péssima qualidade do sistema que acaba por refletir na qualidade do meu trabalho; aguarda-se dois meses para uma consulta, e para uma cirurgia aproximadamente seis meses [...] a medicina massificada: imposição de trabalho, aspecto econômico [...] a medicina estatal praticada em Portugal através das policlínicas e dos centros de saúde tem tantos doentes que não é possível o médico examinar decentemente”.

S2  “É extremamente importante explicar aquilo que a gente julga que o paciente tem [...] Atualmente este comportamento está sendo dificultado entre alunos e professores [...], pois a escola de medicina além da cura exige produção, produtividade [...]. O excesso de trabalho não permite a qualidade do nosso trabalho. Realmente não sei dizer se os atuais professores pensam como eu”.

S6  “Atualmente, o professor não consegue incutir ao aluno este reconhecimento do indivíduo integralmente, como uma pessoa tão sensível quanto o próprio médico. A prática médica fragmentou-se juntamente com o crescimento das especialidades. Só se enxerga o local alvo da especialidade [...] Atualmente não é o médico que vê o paciente, é o paciente que vê o médico [...] não vou ver meus pacientes, vou ser visto por eles [...]. Esta é uma frase dita por brincadeira no meio médico, mas que denota a triste realidade da atual medicina praticada no Brasil”.


## 8. PARTICIPAÇÃO DO GOVERNO E DA SOCIEDADE

O governo e a sociedade possuem papel fundamental no processo de organização e na adoção de medidas para melhoria do sistema de saúde e humanização do mesmo promovendo e vinculando a garantia de acesso e da qualidade da atenção do serviço médico.


Sua função vital neste processo é garantir uma política destinada a promover uma nova cultura de atendimento ao paciente e promoção de saúde da coletividade cujo principal objetivo é aquilatar as relações entre os profissionais, o hospital, a comunidade e a inter-relação entre todos, propondo a qualidade e à eficácia dos serviços prestados por essas instituições.

As mudanças do comportamento humano que a prática da prevenção requer carecem de um tratamento das estruturas e das relações sociais, na verdade uma reorganização das mesmas, para daí então atingirmos uma modificação satisfatória no processo da relação da saúde e da doença.

A importância da comunidade, da família e da percepção do ser humano quando em segundo plano dificulta a efetivação de procedimentos preventivos no conjunto de comportamentos sociais.


S1  “O governo português realiza uma grande campanha todos os anos. No início do verão incentivando o uso de protetores solares, exposição solar adequada... Acredito que as campanhas alcançam sim o público, porém as pessoas não praticam as medidas. Pois, em 2007 foi levantado que informados eles estão, pois souberam responder as perguntas sobre as orientações... Porém, o número de casos de cancro<sup>58</sup> de pele aumenta todos os anos... Creio que as pessoas acreditam que a doença câncer pode acontecer aos outros, mas nunca a ele próprio [...]. Reconheço que atualmente o cuidado com as crianças e os idosos cresceu muito, mas piorou entre a faixa dos 15 aos 30 anos [...] Os panfletos, as campanhas de televisão com informações deveriam ser substituídos pela exposição de casos reais, por possuírem um maior impacto (toma como exemplo a campanha de alerta aos acidentes automobilísticos em Portugal, que mostra os carros acidentados, as pessoas envolvidas, as seqüelas, as famílias atingidas).”

A participação dos indivíduos no planejamento, construção e implantação dos serviços de saúde exigem também que os mesmos possam discutir e fazer valer sua opinião e o significado para eles próprios dos conteúdos propostos.


S2  “Percebo, que o perfil da família atingida pelo câncer se modifica em relação ao comportamento de prevenção. Acredito que eles passem a se cuidar mais [...] Na verdade só falta cumprir aquilo que elas já sabem [...]”.


---


<sup>58</sup> Nome utilizado em Portugal para o câncer.


S4  *“As mensagens inseridas nas campanhas do governo e particulares deveria ser direta para a infância. As informações são importantes e marcantes na infância [...] Quando adultos o impacto tende a ser bem menor [...] Estas informações deveriam contemplar hábitos de vida [...] Alimentação, atividades físicas, o hábito do tabaco [...] drogas, sexo [...] E as campanhas que tenho conhecimento aqui em Portuga, não apresentam um vocabulário específico para esta faixa etária [...] Ao meu entender, a abordagem deve ser educacional.”*


Por outro lado, alguns dos entrevistados debitam ao Estado a responsabilidade pela ineficácia das políticas públicas de saúde.

S3  *“Não acredito que isso possa acontecer (a implantação e prevalência da medicina preventiva) como já disse anteriormente, principalmente em países populosos [...]. A carência de recursos para tratar e atender a população é tão grande que não conseguimos nem sequer tratar daqueles que já estão doentes e com o mínimo de sintomas, quem dirá investir em quem ainda não tem os sintomas evidentes [...]. O problema é cultural [...] Talvez se as escolas básicas formassem seus alunos também com noções básicas de saúde, o comportamento destas crianças na fase adulta pudesse refletir em melhor qualidade de vida e menor incidência de doenças.”*

S6  *“A sociedade cobra atendimento e a cura de sua doença. Mas vejo que o próprio sistema de saúde é a doença; assim como um câncer que não tem tratamento e está cada vez pior [...] Não posso atender nem tão pouco salvar a todos [...] Não depende só de mim ou do meu conhecimento [...] o Estado-obsoleto e ultrapassado facilitou este processo [...] O médico tem que ter interesse em tratar o paciente público, tem que ter benefícios [...]. O Estado não proporciona este benefício no Brasil, e aí acabamos nos dedicando mais aos pacientes particulares”.*

S5  *“O dever acadêmico é o juramento de atender em qualquer situação que coloque em risco a vida [...] Porém, a ganância de alguns que pertencem ao governo que preferem ver o povo doente e aumentar suas fortunas pessoais, torna a saúde quase que impossível de se organizar no Brasil”.*

S3  *“Na Alemanha o sistema médico é diferente de Portugal: os médicos fazem a medicina. Em Portugal somos subjugados pelas grandes indústrias e pelo poder econômico [...] Entre a medicina portuguesa e a alemã, a diferença é somente econômica. Os médicos têm a mesma capacidade... Mas não conseguem igualar suas atividades; acredito que a estrutura política, econômica e político social não permitem esta igualdade”.*

S5  *“Não interessa a aparência externa dos hospitais. O que interessa é o atendimento executado no seu interior, o que gera um alto custo para treinar e capacitar os funcionários, e a população não tem condições para pagar por este aperfeiçoamento.”*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Como é difícil convencer o caipira, que sempre plantou seu milho em fileiras quadriculadas, a mudar tudo e plantar em curvas de nível. Atrás de si estão colheitas e mais colheitas... Provas, evidências, mudar pra que? E não pensem que com os cientistas ocorre de forma diferente. Nem todos têm visões. A grande maioria está imersa em suas rotinas. Por que haveriam de mudar a tradição se tudo funcionou tão bem até agora?” (RUBEM ALVES)*

## UMA NOVA DIMENSÃO

Os modelos que servem como legitimação das condutas, comportamentos e expectativas dos médicos são modelos que referenciam e organizam a prática médica sobre o câncer de pele. Seguindo as exposições de autores como Minayo (2000), Vasconcellos (2003), e Zuben (2006), e considerando alguns dos males que a evolução da ciência médica e suas aplicações provocam, ainda assim podemos conferir que nascem do desejo em fazer o bem e buscar melhores condições de vida. Assim, deparamo-nos com a ambivalência que caracteriza as atividades humanas, nas quais o crescimento impetuoso da desigualdade social aflora sem que possamos perceber a complexidade do tema.

As reflexões elaboradas nesta pesquisa nos levam a pensar em integrar o ser humano e não mais fracioná-lo, e este é o início de um novo modo de administrar o serviço médico atual. Preservar a saúde antes de tudo, evitar as doenças, condicionaria o ato de tratá-las, num plano secundário e evitável.

Contemplar as diversas dimensões que o indivíduo é capaz de adotar, observá-lo como uma integração física, mental, espiritual e social, nos mostra que é impossível decompor algo que é indivisível. O ser humano é a associação de mente e corpo, um aspecto é dependente do outro, e agente influenciador também.

Mais do que o acolhimento das atitudes, valores, crenças, cabe-nos analisar que os processos que organizam os programas de prevenção de doença e promoção da saúde necessitam incluir a própria ciência e seu fazedor na formação social da doença, dando assim condições de reflexão sobre a pedagogia da ação para construção de modelos preventivos

permanentemente monitorados pelos agentes sociais envolvidos. Abranger também tanto a ciência quanto as práticas científicas.

Contextualizar este modelo mecanicista e agregá-lo a uma forma mais humanista tenderia a agregar sabedoria e tecnologia, mais do que conhecimento científico (ALVES, 2000). Aliás, é correto afirmar que todo o avanço e progresso tecnológico na área médica se tornaram possíveis através do próprio empenho humano, contudo este desenvolvimento deveria ser, enquanto meta, sempre em favor do próprio homem. Porém, a distribuição e o acesso a esta tecnologia tornou-se desigual e inacessível a grande parcela da população devido seu alto custo.

O reducionismo não é um *privilégio* da medicina, muitas outras áreas do saber humano acabam reduzindo o foco e a forma de interpretar o problema. A maior dificuldade está em ignorar e muitas vezes desqualificar outros saberes, ou até mesmo não perceber que o próprio saber se modificou durante a *evolução* do contexto ou a modificação do mesmo.

A medicina não deve e nem pode ser limitada pelo modelo biomédico que vem adotando. Esta é a necessidade imprescindível e urgente da interdisciplinaridade na administração do conceito saúde-doença.

Tomemos como exemplo um dos focos deste trabalho: a “pele”. Na visão mecanicista, ela é simplesmente um envoltório para o corpo que recobre, reveste, faz fronteira com o próprio e o não-próprio do ser humano. Porém, vista de uma forma mais ampla e abrangente, ela se torna sítio de expressões de vida, estilos de se viver, emoções, desejos e medos, e como não podia deixar de ser, todos os problemas ou doenças que nela se insiram, causarão grande impacto emocional e porque não dizer social e econômico também. Reconhecer o indivíduo como agente social autor de suas ações e também resultado delas próprias e eliminar a linearidade da relação causa-efeito entre saúde-doença, tornando-a recursiva, são parâmetros para a ciência e para os cientistas, e também aos leitores deste trabalho.

A grande dificuldade em se adotar hábitos saudáveis e assim evitar doenças que podem ser previsíveis se deve em grande parte a própria orientação que temos e recebemos sobre saúde e doença, pois ativamos muito mais nossos sistemas de acessos médicos através dos processos de cura e minimamente pela prevenção.

A doença câncer merece destaque entre outras doenças pela própria crença popular, já que historicamente o câncer é associado a uma maldição, a desgraça e uma sentença de

morte. Devemos isso à representação social que a palavra câncer denota como idéia de doença única, incomparável a qualquer outra. Além disso, ao fato da crença de que o corpo, ainda que tenda à degeneração procure como sistema que se automonitora, responder positivamente aos processos ainda que faça disso processos temporários de sofrimentos e dor. Os cânceres se dispõem ao contrário desta crença, como uma reação negativa gerada pelo próprio sistema. Em síntese: “uma aberração”.

A concepção de vida para o ser humano moderno ocidental e de outras sociedades não inclui a aceitação da morte. Não fomos preparados para assimilar ou interpretar este evento comum a todo ser humano. É como se a morte pudesse acontecer somente para os outros. Todavia, a morte neste contexto tem um sentido mais fatalista por ser mais concreta e inevitável.

O câncer é capaz de nos mostrar a fragilidade da vida e também sua propriedade de ir além do modelo biomédico. Ele passa de uma condição clínica de doença e atinge o patamar de um evento humano que ultrapassa os limites da experiência física e biológica, pois invade o sofrimento espiritual, psicológico, social e emocional, não só do paciente, mas de toda a família e a comunidade próxima do doente.

O câncer encaixa-se na distribuição teórica das doenças crônicas que segundo Mendes (2006) representará cerca de 78% da carga global de doenças até 2020. Embora os aspectos das doenças crônicas sejam reconhecidos pelo sistema biomédico atual, o mesmo não se encontra preparado e nem tão pouco ordenado e organizado para enfrentá-las.

Historicamente os serviços de saúde pública foram elaborados e construídos para acolher as doenças agudas, o que significa na prática as urgências e emergências, sempre com o escopo da cura. Dizer que o sistema público de saúde atual cumpre sua função mesmo com as doenças agudas, seria enganar-se, pois o que vemos na prática são pronto-atendimentos lotados e a insatisfação quase que geral da sociedade. O que dizer então em relação às doenças crônicas que requerem um apoio maior e não apenas as intervenções biomédicas?

Entrevistamos indivíduos médicos docentes universitários em escolas superiores de medicina em Lisboa/Portugal e Curitiba – PR/Brasil e obtivemos resultados cujos conhecimentos se concentram sobre um conjunto de saberes que orientam suas práticas na elaboração de condutas em relação ao câncer e porque não dizer a própria medicina. O comportamento e o direcionamento de prevenção dos sujeitos no estudo apresentado

encontram-se baseados na medicina reducionista.

Abrir o debate em relação aos modelos científicos com estes profissionais médicos não é tarefa fácil. Contudo, também questionamos se os mesmos fossem tão disfuncionais, tão ineficazes como às vezes foi apontado por autores utilizados durante a explanação teórica, porque então são tão persistentes em suas carreiras e suas convicções?

Há de haver uma *justa* causa para serem assim, há de haver subsídios suficientes e positivos na forma como essa prática se apresenta, por mais que ao longo deste trabalho tenhamos apresentado problemas e grandes lacunas. Há também que se pensar no imaginário e utópico desejo de uma sociedade, pois cabe a eles também definir as bases epistemológicas do saber médico, pois as representações sociais de uma comunidade legitimaram a medicina e a figura do médico como sua guardadora de saúde, mas não é e nem nunca foi sua criadora.

Conduzi-los ao abandono dessa ideologia médica pode representar o abandono de toda uma cultura construída ao longo de décadas; é pedir ao médico que vá contra crenças fortalecidas e legitimadas por si e seus pares e que lhes concedem identidade social e profissional, e porque não dizer quem sabe até mesmo contra o desejo de seus pacientes?

É uma discussão muito complexa propor um diagnóstico da situação da saúde e da prevenção da doença descrita ao longo do trabalho e deparamo-nos com esta complexidade ao longo da presente investigação. Contudo, é necessário admitir que o modelo atual biomédico não dê mais conta dos problemas sociais de saúde, não satisfaz a população, e como consequência de sua própria evolução técnica científica encontra-se cada vez mais caro e inacessível, tanto no Brasil como em Portugal. Portanto é o momento de rever os conceitos acerca do modelo médico utilizado na elaboração, implantação e manutenção das políticas públicas de saúde.

Analisando a primeira unidade de interpretação de nossas entrevistas, onde se relaciona a eleição da profissão demonstrou-se claramente que no Ocidente a medicina científica foi legitimada como sendo um sistema de cura expressada pelos sujeitos na manifestação de escolha da medicina permeada pelo anseio de curar os doentes.

Na segunda unidade onde se relatou as dificuldades no exercício da profissão, as teorias que orientam a prática do modelo de medicina atual como a quantificação das informações biológicas são vistas como fatos básicos e reais, fáceis de mensurar



diferentemente das representações emocionais, culturais e até mesmo sociais. E os fatores motivadores do incentivo de tal prática seriam:

1. **A urgência do diagnóstico preciso**, no qual não caberia a indagação de fatos e agentes motivadores que requerem tempo e interpretação mais acurada por parte do profissional devido à sobrecarga de trabalho imposta pelos planos de saúde e pelo atendimento oferecido pelo Estado.

2. **A impessoalidade no relacionamento**, a urgência em tratar, despersonaliza o paciente tornando-o apenas um número de leito hospitalar, sem história e nem vida pregressa. Acreditamos este item ser consequência do item número um.

3. **O desinteresse e a falta de conscientização do próprio paciente**, a ausência de saúde, o mal estar, parece ser o único fator motivador pela busca do profissional médico. A população só parte em busca de resultados imediatos que tragam de volta a estabilidade do corpo que não mais responde a suas atividades de vida diária. É como se não importasse seu comportamento, como se este não fizesse diferença para a sua recuperação. E nem tão pouco estão interessados na realização dos atos médicos, desde que estes surtam efeitos positivos, e sejam prontamente medicados. Somando-se a isso a descrença de um dia ser portador de uma doença como o câncer.

4. **O reducionismo da doença**, a interpretação da doença sempre relacionando seus sintomas e as queixas com seus referenciais biológicos, tornando prevalente a epidemiologia das mesmas, é a busca pela relação causa-efeito mono causal, isto é biológica, desprezando por completo as variáveis culturais e as crenças dos indivíduos sobre elas próprias. Autores como Helman (2008), Sarti (2009), Starfield (2002), Teixeira (2001) e Zola (1996) afirmam que os elementos culturais de um indivíduo podem originar ou contribuir para a manifestação de doenças assim como podem resguardá-lo das mesmas.

5. **O uso da tecnologia diagnóstica**, o uso freqüente e por que não dizer necessário dos recursos tecnológicos reforça o distanciamento médico-paciente. Porém, além de serem restritos a população em geral por não se encontrarem disponíveis ou muitas vezes inacessíveis, reforçam o comportamento reducionista durante a entrevista com o paciente na busca pelas queixas e sintomas do mesmo.

6. **A valorização dos médicos especialistas tanto economicamente quanto socialmente**, fator este que encarece os custos da medicina e isola socialmente e economicamente a distribuição destes profissionais, aumentando assim o distanciamento do

acesso e disponibilidade da prestação de serviços a grande população sem recursos financeiros para tal.

**7. A realidade política e socioeconômica da população**, a ineficiência das condições sanitárias, habitação, nível educacional, refletem na condição geral da saúde da população. A medicina é para todos! A diferença encontra-se na maneira como ela é distribuída e disponibilizada à sociedade.

De maneira geral Portugal e o Brasil igualam-se nestes conceitos.

A terceira unidade dispõe sobre a relação da medicina com os medicamentos e a tecnologia. Observou-se que a medicina está sendo comercializada através das indústrias de medicamentos e encontra-se refém tanto por parte do monopólio econômico quanto da cultura popular que cada vez mais se encontra dependente da prescrição de medicamentos.

Os altos custos dos medicamentos tornam-os inacessíveis a grande parte da população e no caso do Brasil e de Portugal os subsídios, apesar de existentes, não conseguem abarcar a totalidade dos usuários. Comentando-se também que a medicalização da vida, ou seja, medicar sem a real necessidade também se tornou um hábito cultural. Despreza-se, em grande parte, que grandes problemas de saúde das sociedades atuais necessitam de um conjunto de ações governamentais tais como: diminuição do índice de pobreza, diminuição da taxa de desemprego, gerenciamento e políticas de controle da poluição ambiental, melhoria das condições básicas de moradia, investimentos em saneamento básico, acesso à água de qualidade, transporte público eficiente, alimentação adequada e suficiente, acesso à educação, pois tais dificuldades não podem ser resolvidas pelo simples ato de empregar-se um medicamento ou através de uma consulta médica. Apesar de reivindicarmos a vinculação em sintonia fina entre modelos da medicina e da prática médica com as condições sociais e culturais, este aspecto se incorpora no contexto da prevenção e promoção da saúde.

Os recursos tecnológicos tornaram-se indispensáveis para a manutenção e segurança da vida. Porém, devido o alto custo tornam-se parcialmente inacessíveis, reforçando assim a desigualdade social entre as classes e a inacessibilidade universal da população vinculada ao sistema público de saúde.

E também o distanciamento entre a morte biológica e a morte social nem sempre significa viver melhor ou viver mais.

A quarta unidade posiciona o câncer entre as experiências dos sujeitos.

O câncer é largamente permeado pela cultura e por determinantes sociais. É associado intensamente com a morte e o sofrimento; é tido como uma das doenças mais *infelizes* e que mais provocam medo em seu portador e até mesmo na própria família. Os relatos obtidos fazem referência de ser esta uma das piores doenças para o médico quando se trata de comunicar o diagnóstico ao paciente e a família.

As crenças populares acerca do diagnóstico e dos tratamentos levam grande parte dos pacientes a não voltarem ao consultório médico ou então não adotarem novo estilo de vida, pelo simples fato de terem medo da doença e não acreditarem na cura.

O câncer de pele é um dos tipos de câncer que menos mata, porém é considerado um dos mais difíceis em termos de prevenção, e um dos obstáculos é que a grande maioria da população não acredita que um dia possa vir a ser portadora de tal lesão. E também apesar da alta incidência o câncer de pele tende a não ser valorizado pelos responsáveis pela definição das políticas públicas de atenção à saúde nos dois países devido à sua baixa letalidade, embora possua expressivo impacto na qualidade de vida dos acometidos.

E, de uma forma geral, o câncer pode representar a situação atual em relação à distribuição dos aparatos tecnológicos e recursos médicos que não se encontram disponíveis a toda população brasileira e portuguesa.

Na quinta unidade verificou-se a importância da prevenção para os sujeitos.

Os mesmos relataram discursos permeados de associações da prevenção da doença com ações de interpretação e diagnóstico precoce. Não foi possível conferir na indagação direta a prevenção como o ato de evitar-se a instalação da doença. Fato este que reforça o sentido minimalista da prática médica e robustece o sentido da cura. Faz sentido a descoberta precoce do câncer de pele dentro da medicina biomédica, pois o torna de mais fácil tratamento e diminui suas intercorrências. Contudo, também se verificou que mais uma vez torna-se mais fácil explicar a doença através de sintomas físicos objetivos e reforça a interpretação do discurso médico através de referenciais biológicos concretos e visíveis, desprezando os fatores culturais que levaram ao adoecimento.

Entretanto, cabe reforçar que a melhoria do acesso aos serviços de saúde e maior consciência dos problemas de saúde poderiam ter como consequência uma redução dos

casos de câncer de pele, já que a detecção precoce e seu tratamento impediriam o progresso da doença.

A sexta unidade contextualiza as dificuldades na prática da prevenção.

Gerou-se aqui uma forte relação entre o gerenciamento das demandas de ações de saúde e os fatores motivadores dos mesmos e as insuficiências do sistema de formação médica e do atual sistema de atendimento público e privado. Observou-se que os alunos das escolas médicas (segundo relato dos entrevistados) não estão sendo preparados para o aconselhamento sobre a prevenção do câncer, nem tão pouco os profissionais possuem recursos técnicos para tal. Existe uma ruptura em entre o preconizado na teoria e o realizado na prática.

Observaram-se vários aspectos nesta ineficiência: a dificuldade em acesso a conhecimentos por parte da população e, em contrapartida, dos saberes culturais aos médicos em relação aos seus pacientes; a descrença do indivíduo em poder ter a doença; o baixo nível educacional formal tanto da população portuguesa quanto da brasileira.

Também se observou que simples programas de educação e prevenção acerca do câncer de pele são limitantes quando se requer eficiência, pois ter uma aparência bronzeada pode ser manifestar um forte componente social combinado com o sentir-se bonito, saudável, sedutor, o que revela uma grande barreira em adotar hábitos saudáveis no que se propõe como hábitos de proteção a pele.

Também cabe ressaltar que os “riscos distantes dos contextos cotidianos da vida do indivíduo – como riscos de alta conseqüência – [...] são considerados suficientemente distantes dos envolvimento práticos da pessoa e assim não devem ser seriamente contemplados como possibilidades (GIDDENS, 2002, p. 123). Ou seja, o câncer de pele é estruturado com o decorrer dos anos de exposição solar, e não se pode prever quando isso ira acontecer.

A sétima unidade acusa a ineficiência do modelo do sistema de serviço de saúde público atual. Um modelo de saúde que foi elaborado a partir das doenças agudas não consegue dar respostas no contexto de transformação social que ocorreu globalmente nas últimas décadas.

A superioridade do índice de doenças crônicas desestabilizou o já ineficiente sistema

de saúde público tanto português quanto o brasileiro. Não estamos preparados para a carga de doenças crônicas que vem aumentando a cada ano.

Neste novo modelo de doença se faz necessário que o portador da mesma seja co-curador da sua própria doença, existe a real necessidade de haver a participação do mesmo, o que torna urgente a necessidade de um maior juízo por parte do paciente em relação as suas crenças e de suas realidades cotidianas.

Também reforça a péssima qualidade do sistema de saúde pública que acaba por refletir na qualidade da prestação de serviços médicos. A urgência dos diagnósticos, a massificação da medicina, a diminuição do tempo de contato entre médico e paciente, a fragmentação da formação médica, a superlotação dos serviços, a má distribuição dos profissionais e dos recursos tecnológicos, e o não acesso equitativo e igualitário entre as classes sociais e econômicas.

O oitavo e última unidade reforça a necessidade da participação do governo e da sociedade para se alcançar os objetivos necessários para melhoria das condições de vida da população.

Tanto no Brasil quanto em Portugal o ensino médico e a medicina são relativamente muito parecidos, sugerindo que a formação médica é a mesma, e as dificuldades econômicas bem parecidas. A carência de recursos, a má distribuição destes e deficiência das prioridades nas políticas públicas de saúde, dificultam, retardam e agravam o restabelecimento da saúde nestes dois países.

O alto custo do gerenciamento hospitalar para treinar e capacitar os funcionários, para aquisição de equipamentos e mobiliários, a manutenção da aquisição de medicamentos e suprimentos médicos, requerem uma estrutura política, econômica e social que necessita da participação efetiva e constante do Estado, e que presentemente encontram-se ineficientes.

Enfim, contemplando os objetivos propostos para a elaboração deste trabalho, percebemos que, de uma forma geral, podemos considerar que os profissionais entrevistados têm, de certo modo, perspectivas críticas sobre o atual modelo biomédico, embora reconheçam que ele continua sendo imposto nas próprias instituições de ensino da qual fazem parte, responsáveis pela formação de novos profissionais médicos.

O modelo médico descrito pauta-se na biologia humana e encarcera diante dele a limitação da valorização do ser humano enquanto ser que vive , pensa, sofre, sente e tem

vontade própria.

Esta ocorrência alerta para a necessidade urgente da reestruturação do serviço público de saúde, dos programas de prevenção e da forma como deve ser abordada a divulgação dos comportamentos de prevenção do câncer de pele e da formação de novos profissionais médicos.

Respeitando-se que os comportamentos de prevenção são baseados em seus conhecimentos, suas práticas e suas crenças sobre a doença, a importância e as formas de prevenção do câncer de pele tenderão a ser mais bem compreendidas pelos indivíduos.

Preparar os alunos do curso de medicina para uma nova perspectiva de análise do ser humano, englobando e entendendo o indivíduo como um ser único e singular no multi-verso (VASCONCELLOS, 2003), tornando-o co-participativo em suas decisões, bem como uma visão mais humana e menos tecnicista dos profissionais já habilitados é de extrema necessidade.

A compreensão de que doenças devem ser resolvidas depois de instaladas e por meio das “virtudes” tecnológicas e dos medicamentos somente reforça o modelo biológico e em nada poderão reforçar a idéia de prevenção e promoção em saúde.

Também se faz necessário um entendimento e envolvimento maior do Estado e dos planos privados de saúde que permitam aos médicos realizar sua função com maior liberdade, promovendo uma medicina que percorre a meta de ser igualitária e equitativa em relação à população.

Pessoalmente este trabalho me fez rever uma série de conceitos sobre minha profissão e porque não dizer sobre mim mesma.

Enquanto profissional em primeiro lugar:

- Acredito que a saúde baseada em evidências, fundamentada em dados estaticamente comprovados (que atualmente se tornou padrão na medicina) podem ser úteis para tratamentos com diagnósticos simples. Porém, logo se mostra insuficiente quando precisamos ir além, quando os sintomas são múltiplos, enganadores, indefinidos. Esta conduta nos ameaça a escolher um tratamento inadequado na maioria das vezes. Não podemos esquecer que à nossa frente está um ser humano e estatísticas dizem respeito a médias numéricas, não a indivíduos que sentem, sofrem, e anseiam por atenção.

Quando nos condicionamos a preencher planilhas, formulários em computadores, depender de recursos tecnológicos, perdemos um tempo precioso que deveria ser gasto com

um diálogo com nosso paciente.

Não podemos e não devemos seguir um roteiro linear, executando passo a passo como se todos fossem iguais. Cada indivíduo tem sua particularidade, despertá-lo, deixá-lo livre e a vontade para conversar, dando-lhe liberdade para falar.

Devemos reagir e agir diante de emoções do paciente, pois isso é parte do processo substantivo do que se reivindica aqui. Nossa competência não pode ser separada de nossa capacidade de comunicação. Devemos compreender que suas perguntas, questionamentos, dúvidas e anseios são legítimos. Os indivíduos precisam se sentir especiais, sua doença não pode ser mais importante para nós que suas próprias vidas...

Valorizamos demais as informações que atendem os nossos desejos, e desprezamos as que atendem os desejos do paciente.

O segredo para se atender um paciente é gostar de atendê-lo. Por necessidade e porque foi assim que aprendemos, contemos nossas emoções e não queremos nos envolver no drama vivido pelo doente. Acredito que devemos nos distanciar, porém sem perder o foco, do contrário estaríamos nos tornando simplesmente promovedores de cura.

Promover qualidade em nossa profissão requer tempo com o paciente, requer também um profissional competente, consciente e comprometido com o que faz. Apesar de ser o doente a principal razão da medicina moderna, objeto da preocupação e da dedicação médica, suas necessidades somente poderão ser atendidas se nos envolvermos com ele como um todo, absorvendo sua concepção de vida, de mundo, e sua relação com os outros. Não se pode mais ignorar a complexidade humana.

Hipócrates<sup>59</sup> em um de seus livros comenta: “a vida é breve, a arte é longa, a ocasião é

---

<sup>59</sup> (Cós, 460 – Tessália, 377 a.C.) É considerado por muitos uma das figuras mais importantes da história da saúde, freqüentemente considerado "*pai da medicina*". Hipócrates era um asclepiáde, isto é, membro de uma família que durante várias gerações praticara os cuidados em saúde. Nas obras hipocráticas há uma série de descrições clínicas pelas quais se pode diagnosticar doenças como a malária, pneumonia e tuberculose. Para o estudioso grego, muitas epidemias relacionavam-se com fatores climáticos, raciais, dietéticos e do meio onde as pessoas viviam. Muitos de seus comentários nos *Aforismos* são ainda hoje válidos. Seus escritos sobre anatomia contêm descrições claras tanto sobre instrumentos de dissecação quanto sobre procedimentos práticos. Foi o líder incontestável da chamada "Escola de Cós". O que resta das suas obras testemunha a rejeição da superstição e das práticas mágicas da "saúde" primitiva, direcionando os conhecimentos em saúde no caminho científico. Hipócrates fundamentou a sua prática (e a sua forma de compreender o organismo humano, incluindo a personalidade) na teoria dos quatro humores corporais (sangue, bilis) que, consoante às quantidades relativas presentes no corpo, levariam a estados de equilíbrio ou de doença e dor. Esta teoria influenciou, por exemplo, Galeno, que desenvolveu a teoria dos humores e que dominou o conhecimento até o século XVIII. Sua ética resume-se no famoso Juramento de Hipócrates.

fugidia, a experiência enganadora e o juízo é difícil”.

Nossa dependência cada vez maior dos recursos tecnológicos fez com que a relação sujeito-sujeito, se alterasse para sujeito-objeto, podendo, contudo transformar esta analogia em objeto-objeto.

E por último, porém não menos importante, assumirmos um compromisso com a nossa própria sociedade, não somente um comprometimento assistencial do qual ela muito necessita, mas de agente de transformação no nível pessoal de cada doente e de seus familiares, através de um trabalho constante e duradouro de educação ligada à promoção e à proteção contra a doença, ir além da medicina, situar-se no campo social, econômico, político da doença.

Ter consciência de nossa responsabilidade enquanto cidadãos e exercer a cidadania.

Competência, consciência de nós mesmos e dos outros, compromisso com as pessoas e com a comunidade, são as marcas que devem ter os profissionais de saúde. Se conseguirei realizar meu desejo de promover a saúde, não sei, mas tenho certeza que este já é um bom começo.

Enquanto pessoa, este trabalho me fez em primeiro lugar, me sentir capaz. Capaz de ultrapassar meus limites, físicos e mentais.

Descobri através do tempo e do tema que passei pesquisando, aquilo que eu não queria fazer, o que eu não queria ser, e o que eu não queria deixar de viver. Reconheci em mim mesma minha melhor amiga, passei horas e horas olhando minhas mãos, sem que elas nada escrevessem, mas mesmo assim fui paciente comigo mesma...

Passei horas dentro de um avião (para ser mais precisa 8h30min) indo para Lisboa (duas vezes no ano de 2008) e pensando: Meu Deus onde eu estou com a cabeça? Isso é uma loucura, não vai dar certo.

Mas muito pelo contrário, o apoio que não obtive aqui no Brasil (em princípio), encontrei sobrando em Portugal, e acredito que meus amigos brasileiros depois de saberem a forma como fui recebida em Portugal, resolveram participar para não ficar para trás do portugueses. Mas, sobretudo eu sei que eles sempre quiseram participar, só estavam desconfiados do que iriam encontrar pela frente.

Fui recebida como uma PhD (sem nem mesmo possuir o mestrado); pelo menos foi assim que eu me senti. Vocês já tiveram a honra de conhecer pessoalmente o reitor da Universidade de Coimbra? Pois eu tive e dentro da sua Biblioteca principal. Disseram-me que



era devida a relevância do tema (juro que até hoje ainda não acredito).

Fiz novos amigos, abdiquei muito do contato com minha família para me entregar aos livros, perdi meu Pai, recuperei uma irmã, a vida é assim: “um dia a gente ganha, outros dias a gente perde, mas tem aqueles também que a gente empata”.

Mas com certeza o maior ganho de tudo isso foi à vida, minha própria vida!...



A autora acompanhada do professor Fernando Ramos (professor da Universidade de Coimbra)- Biblioteca principal da Universidade de Coimbra, novembro de 2008 (Nem acredito: “Eu me apoiando no piano que foi de D. João V”). A Biblioteca Joanina da Universidade de Coimbra deve o seu nome ao monarca sob cuja égide se verificou a sua edificação: D. João V, o Rei Magnânimo, como historicamente ficaria conhecido, em legítima consagração da sua extensíssima ação mecenática.

Como forma de continuidade algumas questões permanecem e servem como orientação para novos trabalhos: estudar a ciência dos modelos de ação em saúde emprega todo um saber acerca da dimensão humana essencial na relação médico-paciente, para daí então pensar-se na real efetivação dos procedimentos preventivos de doenças e manutenção da saúde no conjunto de comportamentos sociais da comunidade, da família e do próprio indivíduo. Procedimentos que devem reger a elaboração, implantação e manutenção das políticas públicas de saúde.

Aproximar-se dos *reais* problemas de saúde da população, incluindo sim a própria ciência e as práticas científicas, tornando os agentes sociais envolvidos monitores permanentes da sua própria saúde. Isso sem deixar de lado às demandas políticas e econômicas que orientam as escolhas, adoção, distribuição, implementação e acesso aos serviços de saúde, tratando a medicina realmente como um bem público que respeita a equidade e a universalidade na prestação de seus serviços, sem restrições ou barreiras conforme a legítima necessidade da população.

## REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. Experiencing illness: theoretical considerations. **Cadernos de Saúde Pública**, 1993, vol.9, n. 3, ISSN 0102-311X. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X1993000300014&script=sci\\_arttext&tlng](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X1993000300014&script=sci_arttext&tlng)> acesso em 23 de setembro de 2008.

RUBEM, A. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e suas regras. São Paulo: Ed. Loyola, 2000.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 180 f. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1975.

BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Contraponto, 2005.

BARBOSA et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**, 6. ed. Rio de Janeiro, 2003.

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

BETTNELLI, L. A. **Cuidado solidário**. 1998, 102 f. Dissertação de mestrado em enfermagem – Escola de enfermagem da universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N. PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 2004. 5ª edição. Ed. Brasília, UNB. Imprensa oficial do Estado de SP. São Paulo.

BOURDIEU, P. **Meditações Pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BONNEWITZ, P. **Primeiras lições sobre a sociologia de Pierre Bourdieu** / Patrice Bonnewitz. Tradução de Lucy Magalhães. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de prevenção e vigilância. **A Situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciências & saúde coletiva**. v. 5, n. 1, p.163-177, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_arttext&tlng=en)> acesso em 23 de julho de 2007.

CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciências, Saúde – manguinhos**, v.3, n. 2, p. 237- 264, jul - out. 1996. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701996000200003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701996000200003&script=sci_arttext&tlng=pt)> acesso em 10 de março de 2008.

\_\_\_\_\_. Qual é o alcance do conceito “estilo de vida” em promoção de saúde e prevenção do

Câncer? I Fórum Multidisciplinar sobre Ciência, Meio Ambiente e Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. n. 50, v.2, p. 139-175, 2004.

CERVI, A.; HERMSDORFF, H.H.M.; RIBEIRO, R.C.L. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, p. 407-418, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/07.pdf>>. Acesso em 19 de setembro de 2009.

CHAMMÉ, S. J. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde soc.** v.11, n.2, p. 3-17, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n2/02.pdf>>. Acesso em 09 de agosto de 2009.

CRAVO, M.; MORENO, A.; TELLECHEA, O.; ROBALO, M.; FIGUEIREDO, A.. Fotoproteção na Criança. **Acta Pediatr Port** 2008; 39(4): 158-62 disponível em: <[http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/11/20090120175511\\_Art\\_Actual\\_Cravo\\_M\\_39\(4\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/11/20090120175511_Art_Actual_Cravo_M_39(4).pdf)> . Acesso em 04 de janeiro 2009.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, pp. 701-710, 1999.

CZERESNIA, D.; FREITAS C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.

DUPUY, J. P. **Nas origens das ciências cognitivas**. São Paulo: Unesp, 1996.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

GABEZA, E. et al. Conocimientos, creencias y actitudes de La población femenina de Mallorca a respecto al cáncer. **Revista española de Salud Pública**. [On line]. Madrid, v. 73, n.4, p. 489-499, 1999. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/resp/v73n4/mallorca.pdf>> acesso em 20 de julho de 2008.

GIDDENS, A. **Conseqüências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

\_\_\_\_\_. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GOULART, F. A. de A. Cenários Epidemiológicos, Demográficos e Institucionais para os modelos de atenção à Saúde. **Inf. Epidemiol. Sus.** v. 8, n. 2, p.17-26, 1999. Disponível: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010416731999000200003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010416731999000200003&lng=es&nrm=iso)> Acesso em 20 de janeiro de 2008.

GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. de M.; MENDONÇA G. A. e S. Risco de Câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v03/pdf/revisao1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf)> acesso em 18 de maio de 2007.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

1986.

FIGUEIRAS, M. J.; ALVES, N.C.; BARRACHO, C.. Diferenças do valor preditivo da teoria da acção Planeada na intenção de adotar comportamentos preventivos para o cancro de pele: o papel do optimismo e da percepção da doença em indivíduos saudáveis. **Análise Psicológica**. v. 3, p. 571-583, 2004,. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a12.pdf>> Acesso em 15 de julho de 2007.

FIOCRUZ. Simpósios sobre saúde: Brasil/Portugal 200 anos. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/simposiosaude200anos/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=9>> acesso em 15 de julho de 2009.

FRANK-STROMBORG, M. Cancer screening and early detection. In: American Cancer Society. **A cancer source book for nurses**. 7<sup>th</sup> ed. London: Jones and Bartlett, 1997. cap. 4, p. 43-55.

FUGITA, R. M. I.; GUALDA, D. M. R. Breast cancer's causality analyzed through the health belief model. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 40, n. 4, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000400008&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000400008&script=sci_arttext&lng=en)> Acesso em 14 de agosto de 2008.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. Reinventing life: a proposal for a socio-anthropological approach to breast cancer. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18, n. 1, 2002. <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000100020](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100020)> acesso em 14 de agosto de 2008.

GORAYEB, R. Medicina comportamental: a ação do psicólogo na prevenção, tratamento e reabilitação de doenças orgânicas. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 20, 1990, Ribeirão Preto. **Anais**. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, 1990.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde & doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2007/default.shtm>> Acesso em: 09 de agosto de 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Eventos**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/eventos/dncc/2005/> Acesso em 13 de agosto de 2007.

\_\_\_\_\_. **Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 1997. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/cancer>> Acesso em: 13 de agosto 2007.

\_\_\_\_\_. **Estimativa- 2008. Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>> Acesso 25 de novembro de 2007

\_\_\_\_\_. **Histórico do controle do Câncer no Brasil**. Disponível em:



<[http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/historico\\_cancerbrasil.pdf](http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/historico_cancerbrasil.pdf)> Acesso em 14 de setembro de 2007.

KELLER, E.; SCHOENFELD, W. **Princípios de Psicologia**. São Paulo: EPU, 1974.

KLIGERMAN, J. O papel do INCA na prevenção e controle do câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 47 n. 1 Jan/Fev/Mar, 2001. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_47/v01/sumario.html](http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v01/sumario.html)> Acesso em 30 de setembro de 2007.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da universidade federal fluminense. **História, Ciência, Saúde**. Manguinhos, vol.VIII (I): p. 48-70, mar/jun, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702001000200003&script=sci\\_arttext&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702001000200003&script=sci_arttext&lng=es)> Acesso em 30 de março de 2009.

KUHN, T. **O caminho desde A Estrutura**: ensaios filosóficos. São Paulo: Editora da UNESP, 2006.

LARA, L. M. **O sentido ético e estético do corpo na cultura popular**. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação, Campinas, São Paulo: [s.n.], 2004. Tese de Doutorado. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000346466>> Acesso em 01, de setembro de 2008.

LIMA – GONÇALVES, E. **Médicos e ensino da Medicina no Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

LEAVELL, S.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill. 1976.

MACIEL, A. A. **A procura por cuidado de saúde**: o papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença. 1999. 183 f. Tese (doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MALTA, D, C.; CEZARIO, A. C.; MOURA, L. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 15, n. 3, p.47-65, set/ 2006. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=es&nrm=iso)> acesso em: 20 de janeiro de 2009.

MATURANA, H.R.; VARELA, F.J. **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athena, 2001.

MERIGHI, M. A. B.; HOGA, L. A.K.; PRAÇA, N. S. O exame preventivo do câncer cervicouterino: conhecimento e significado para funcionárias de uma escola de Enfermagem de uma Instituição pública. **Revista da escola de enfermagem da USP** [online], São Paulo, v. 36, n. 3, p. 289-296. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a11.pdf>> . Acesso em 19 de setembro de 2009.

MORIN, E.; CIURANA, E. R.; MOTTA, R. D. **Educar na era planetária**. O pensamento complexo como Método de aprendizagem no erro e na incerteza humana. São Paulo: Cortez Editora,

2003.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

\_\_\_\_\_. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 4, n.4, p. 363-381, 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n4/03.pdf>> acesso em: 10 de agosto de 2009.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 5, n.1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>> acesso em: 19 de setembro 2009.

NORA, A. B.; PANAROTO, D.; LOVATTO, L.; BONIATTI, M.M. Frequência de aconselhamento para prevenção de câncer da pele entre as diversas especialidades médicas em Caxias do Sul. **An bras Dermatol** [on line], Rio de Janeiro, v. 79, p. 45-51, jan./fev. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/abd/v79n1/en\\_19993.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abd/v79n1/en_19993.pdf)> Acesso em: 20 de julho 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Câncer**. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Nota descritiva Nº 297. Fevereiro, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>> . Acesso em: 20 julho 2007.

OUTHWAITE, W.; BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção de saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap. 8, p.161-174.

PEREIRA, J.L.P. O ensino da medicina e a formação humanista. **Arquivos do conselho regional de medicina do Paraná**. Curitiba, PR. V. 20, n.77, 2003.

PITTS, M. **The psychology of preventive health**. London: Houtledge, 1996.

RAMOS, C.; CARVALHO, J. E. C. de; MANGIACAVALLI, M. A. da S. C. Impact and (im)mobilization: a study of cancer prevention campaigns. **Ciência & saúde coletiva**. v.12, n.5, 2007. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000500036&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000500036&script=sci_arttext)> Acesso em 01 de dezembro de 2007.

RAMOS, F.; JANUÁRIO, S. Reflexividade e constituição do mundo social: Giddens e Bourdieu (breves interpretações). **Ciências Sociais Unisinos**. Universidade do vale do Rio dos Sinos; v. 43, n. 3, set/dez 2007. p. 259-266.



RESTREPO, H. E. (2001). "Agenda para la acción en promoción de la salud". In: RESTREPO, H. E. e MÁLAGA, H. **Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá, Panamericana, p. 34-55.

ROCHA, F. P. da; MENEZES, A. M. B.; ALMEIDA JUNIOR, H. LARANJEIRA de; TOMASI, E. Risk markers and risk factors for actinic keratosis and basal cell carcinoma: a case-control study. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v.79, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/citedSciELO.php?pid=S036505962004000400006&lang=en>> Acesso em 24 de agosto de 2005.

SABBI, R. A. **Câncer**: conheça o inimigo. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde soc.** [online]. v.10, n.1, p. 3-13, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/02.pdf>> acesso em 09 de agosto de 2009.

SERVAN-SCHREIBER, D. **Anticâncer**: prevenir e vencer usando as defesas naturais. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

SOARES, M. C. M. Desafios do Serviço Social na atenção aos pacientes oncológicos. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 10, 2006. Recife. CD-ROM. **ANAIS**. Brasília (DF): ABEPSS/CFESS, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **BRUNNER & SUDDARTH**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 2 v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. **An. Bras. Dermatol.** v. 81, n. 6, p. 549-58. 2006. Disponível em: <[http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo.php?artigo\\_id=10210](http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo.php?artigo_id=10210)> acesso em 14 de agosto de 2008.

\_\_\_\_\_. **Campanha nacional de prevenção do câncer de pele 2008**. On-line. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/medicos/campanha/intro.html>> acesso em 05 de outubro de 2009.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias** [online]. n.16, p. 20-45, 2006. ISSN. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222006000200003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-45222006000200003&script=sci_arttext&tlng=pt)> . acesso em: 01 de outubro de 2009.

SOTO, R. O. Promoción de salud. In: SOTO, R. O.; ROJAS, I. C. e SELVA, M. C. **Promoción de Salud compilaciones**. Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. Cuba, pp. 11-21, 1997.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

TAYLOR, R. **Medicine out of control**: the anatomy of a malignant technology. Melbourne: Sun books, 1979.

TEIXEIRA, C. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade editora, 2001.

THULER, L. C. O papel da Epidemiologia na quantificação do risco de desenvolver câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 2, 2004. disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_50/v02/pdf/EVENTO.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/EVENTO.pdf)> acesso em 17 de janeiro de 2008.

TORRES, C.H. **Ensino de Epidemiologia na Escola Médica**: institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2002. 154 f. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2002.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento Sistêmico**: o novo paradigma da ciência. Campinas, São Paulo: Papirus, 2003.

ZOLA, I.K. **Cultura e sintomas na medicina**. Salvador: Casa da Qualidade editora, 1996.

ZUBEN, N. A. V. **Bioética e tecnociências**. A Saga de Prometeu e a esperança paradoxal. Bauru, SP: Edusc, 2006.

## ANEXOS

*Em ciência e no senso comum, existe uma estreita relação entre ver com clareza e dizer com clareza. Quem não diz com clareza não está vendo com clareza. Dizer com clareza é a marca do entendimento, da compreensão (ALVES, 2000)*

### ANEXO 1

Instrumento semi-estruturado para coleta de dados.

Entrevista n.: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Iniciais: \_\_\_\_\_

Universidade em que se formou: \_\_\_\_\_

Especialidade que pratica: \_\_\_\_\_

Hospital que atua: \_\_\_\_\_

Tempo de formação médica: \_\_\_\_\_

Questões norteadoras para a entrevista:

- como foi à escolha da profissão?
- como era a medicina na época da sua graduação?
- como você percebe a medicina atualmente?
- como são elaboradas e executadas as suas consultas?
- como você percebe a prevenção de doenças?
- quais seriam os motivos pelos quais você acredita que a prática médica mudou tanto?
- qual é a maior causa de óbito no seu País?
- como você percebe a participação governamental em campanhas de prevenção do câncer?
- como você acredita que poderíamos proporcionar uma maior adesão nas condutas de prevenção do câncer de pele?

## ANEXO 2

## MEDO DA MORTE – UMA BARREIRA CONTRA O CÂNCER (DEPOIMENTO ANÔNIMO)

Muito difícil quem consegue pronunciar a palavra câncer, o seu próprio câncer, sem que ela evoque o medo da morte, da própria morte. O medo paralisa: é assim que acontece em todos os seres. Quando a caça detecta o caçador e percebe que não pode fugir, a pequena chance de sobrevivência é permanecer imóvel, pode ser que assim o caçador não o veja e passe ao seu lado sem notá-lo. Infelizmente isso não acontece com o câncer, e o medo bloqueia nosso organismo de se defender da doença no momento em que ele mais precisa de proteção.

Aprender a lutar contra o câncer é aprender a sustentar a vida dentro de nós. Atingir a plenitude da vida, encontrar a paz. Porém pode acontecer de a morte fazer parte deste processo, e se isso acontecer preparar-se para a morte muitas vezes pode significar energizar a vida, pois ao desarmar o medo paramos de pensar de forma absurda na morte como consequência do câncer, e sim como consequência da vida. É um destino comum a todos.

Percebe-se então que não sabemos como é morrer, não sabemos nem mesmo se é doloroso. Tudo que sabemos sobre a morte é subjetivo, pois ninguém jamais voltou para contar como é morrer. O que se sabe sobre a morte é somente o que se pode observar dos que se aproximaram mais dela e a consumaram. Sabe-se que nos últimos dias perdemos a vontade de nos alimentar e de beber. Então o corpo desidrata progressivamente, menos urina, menos fezes, menos secreções. O corpo se acalma, associado a um cansaço intenso. Tem-se menos vontade de falar, as últimas respirações são incompletas e arritmicas, contrações involuntárias do corpo e do rosto são observadas. Talvez não sejam de dor, mas somente ausência de oxigênio muscular. Em breve os músculos relaxarão e tudo estará terminado. Porém quando a dor está presente e aumentando à medida que este processo vai evoluindo se faz necessário bloqueá-la através de analgésicos potentes proporcionando ao moribundo a certeza de não sofrer. Não é exatamente a morte que se evita, mas o sofrimento...

Muitas vezes o medo de ficar só é pior do que o medo da morte. A solidão que nos impomos, o não compartilhar da doença, o não admitir que o pior possa acontecer o não admitir que se tenha medo de morrer, contribuem para agravar a doença. Tudo que nos

impede de nos conectarmos de forma autêntica com os outros é em si um processo de morte.

Quando nosso corpo nos abandona antes de nossa alma, nos tornamos dependentes dos outros, não temos mais qualquer autonomia. Mas longe de sermos inúteis e um fardo aos que amamos, devemos nos sentir mestres e orientar-lhes sobre o que sentimos, e presentear-lhes com o nosso amor, que permanece inabalável, quando não temos mais nada para dar. Dentre todos os medos que permeiam o portador de câncer, acredito ser o abandono dos filhos o pior de todos.

Considerando a morte como uma última viagem, e sem volta, é preciso dizer adeus. Mas é muito difícil dizer adeus às ambições inacabadas ou não alcançadas.

Apesar de a palavra ser permeada por sensações sombrias, acredito ser através destas sobras nossa única oportunidade de refletir sobre a vida. Ter o poder de olhar para trás e visualizar um passado íntegro e digno. Temos ainda a oportunidade de perdoar nosso semelhante e principalmente a nós mesmos.

Contudo como a morte é realmente imprevisível, devo seguir a minha vida da melhor maneira possível.

Esta é a melhor maneira de me preparar para o que vai acontecer para o que tenha que acontecer.

Obrigada por ter me permitido expressar meus sentimentos.

# 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](#)