



## MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: O CAMINHO NA BUSCA POR ATENDIMENTO EFICAZ NA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE OSÓRIO-RS

Juliana Rufino<sup>1</sup>  
Graziela C. Werba<sup>2</sup>

O presente artigo originou-se a partir de uma pesquisa qualitativa, no município de Osório/RS, com o intuito de verificar como a rede está organizada para acolher, tratar e/ou encaminhar as mulheres com câncer de mama. Para isto, averiguamos o caminho percorrido pelas mulheres, em busca de atendimento, quais as políticas públicas disponíveis e para onde são encaminhados os casos em que a rede não tem condições de atender. Contempla também uma revisão teórica sobre as possíveis causas, tratamento e conseqüências do câncer de mama.

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas para verificar o conhecimento das participantes acerca do câncer de mama, bem como os primeiros serviços procurados, dificuldades e experiências vividas e avaliação dos serviços de saúde, além de novas questões, que pudessem surgir no decorrer da pesquisa. Em vista dos objetivos da investigação, optamos pela Pesquisa Participante.

Foram selecionadas quatro mulheres em tratamento. A faixa etária ficou entre 57 e 63 anos. O principal critério para a inclusão foi a facilidade de acesso às participantes e sua concordância em participar da pesquisa. As mulheres foram abordadas, individualmente, no hospital local, após a realização do exame de mamografia e no posto médico central.

Considerando as características da pesquisa, o tipo de pesquisa-ação utilizado, considerando a tipologia de Hart e Bond<sup>3</sup>, foi o modelo *Empowerment*, cuja base educacional é a conscientização, visando uma mudança estrutural, focada no usuário/profissional.

No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa morte entre as mulheres, sendo que o Rio Grande do Sul é o terceiro estado do país com o maior número de incidência de câncer de mama. De acordo com a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2008<sup>4</sup>, no Rio Grande do Sul, serão esperados 85,50 novos casos, para cada 100.000 mulheres, ou seja, um total de 4.880 casos de

---

<sup>1</sup> Psicóloga e Técnica em Radiologia Médica.

<sup>2</sup> Psicóloga. Professora do Curso de Psicologia ULBRA Torres. Pós Doutora em Psicologia (PUCRS)

<sup>3</sup> HART, E. BOND, M. **Action research for health and social care: a guide to practice**. Buckingham: open University Press, 1995.

<sup>4</sup> Desde 1995, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima e publica as estimativas de câncer para o Brasil, levando em conta as localizações primárias mais freqüentes, desagregando-as por estados e capitais. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>>.



câncer de mama. No caso de Porto Alegre, este índice aumenta para 119,72 casos para cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2008).

A inquietude, acerca destas questões, fez com que esta pesquisa fosse concretizada, com a pretensão de que, a partir dos resultados, pudesse oferecer subsídios para que gestores e gestoras da Rede Pública venham repensar as práticas de atendimento dispensadas a estas mulheres, bem como traçar novos modos de intervenção e acolhimento.

*Deparando-se com o câncer de mama: incertezas, medos e angústias*

As mamas desempenham um papel fisiológico importante em todas as fases do desenvolvimento da mulher, além disto, representam, culturalmente, um símbolo de identificação e feminilidade expressas pelo erotismo, sensualidade e sexualidade.

De acordo com Sontag (1994)<sup>5</sup> citada por Andrade, Duarte (2003), as várias metáforas construídas e partilhadas socialmente ao longo da história a respeito do câncer, contribuem para que a doença seja vista como uma sentença de morte. As representações remetem a uma doença cruel, sendo considerada, muitas vezes, como um castigo de Deus.

No plano do senso comum e do convívio social, tornou-se a doença a ser ocultada, em meio a sentimentos de vergonha e medo (ZECCHIN, 2004). Uma das participantes relatou que, durante o tratamento, uma de suas vizinhas, não conversava com ela, evitando encontrá-la, achando que sentiria vergonha ou constrangimento em falar da doença.

O programa Viva Mulher, lançado em 1997, pelo INCA, tem como objetivo reduzir o número de mortes causadas pelo câncer do colo do útero e de mama e permitir à mulher um acesso mais efetivo ao diagnóstico precoce. O exame realizado pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações, entretanto, a maioria das mulheres pesquisadas, não havia realizado o auto-exame, descobrindo a doença “por acaso”.

A investigação mostrou que essas mulheres conheciam muito pouco ou nada a respeito da etiologia do câncer de mama, assim como sobre medidas preventivas. Apenas com o adoecimento passaram a obter maiores informações sobre o assunto, justificando o adoecimento pela combinação de fatores genéticos, sobrecarga de emoções e provações religiosas.

De acordo com Tavares (2005), a “responsabilidade” da paciente pelo adoecimento pode gerar culpa e condená-la a ser também responsável por sua cura, entendida como resultado da sua

---

<sup>5</sup> SONTAG, S.. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.



capacidade de ter amor próprio. Analisando as falas, pode-se perceber que as mulheres, de alguma forma, sentem-se responsáveis, tanto pelo seu adoecimento como por seu processo de cura.

Contudo, Andrade e Duarte (2003) destacam dois momentos considerados marcantes pelas mulheres acometidas pelo câncer: primeiro, o momento caracterizado pela descoberta do câncer, que envolve o diagnóstico e tratamento, onde a luta pela manutenção da vida é bastante evidente. E o segundo momento envolve o período pós-cirúrgico, onde há uma retomada do cotidiano, após a superação do medo da morte. Nesse momento, há um confronto com a realidade, fazendo com que as mulheres passem a reavaliar e re-elaborar suas potencialidades e as formas diferenciadas de relacionar-se com o próprio corpo e com os outros (ANDRADE, DUARTE, 2003).

### *O corpo: um diário de campo*

O ato cirúrgico, no câncer de mama, é um acontecimento que marca o corpo e o si mesmo do sujeito. Quando o sujeito adoece, não é apenas a doença do órgão que o faz sofrer, há significados associados, não só ao órgão doente, em particular ao seio, mas ao que doença e seio possam vir a significar e como isto irá se desenrolar dentro da história pessoal, sexual da vida de cada um. (ZECCHIN, 2004).

Apesar de todo o estresse e o sofrimento decorrentes da doença e de seu enfrentamento, vimos as participantes da pesquisa tentando criar um espaço de alienação na busca ilusória de alívio: “Perder a mama não me assusta”; “Eu não tive medo, não deprimi... ai, vai cair o cabelo... cresce de novo!”.

Para que fosse possível adiar a morte, foi preciso decifrar a doença. Desta forma a medicina, acabou por estabelecer um diálogo com a doença e um apagamento da fala do doente. O doente não passa de um porta-voz dos signos da doença, o intermediário obrigatório entre médico e a doença (ZECCHIN, 2004).

Neste sentido, diante dos relatos das participantes, percebe-se uma fragmentação nos cuidados de saúde, sendo que os hospitais nos quais foram encaminhadas, tratam exclusivamente a doença “câncer de mama”. Qualquer outra enfermidade deve ser tratada no município de origem, mesmo que, ocasionalmente seja alguma consequência do próprio tratamento.

Um dos relatos ilustra a intranquilidade com a falta de resultados, de perspectivas, incertezas e orientação: “Não adianta eu espremer os médicos, porque eles realmente não sabem.” Essa participante justifica que os médicos estão esperando para ver como o organismo vai reagir à



medicação para depois pensar o que farão. Ou seja, os médicos se comunicam com o “organismo” e não com ela.

Para Zecchin (2004, p. 20) a impossibilidade de falar torna-se uma absoluta ausência de qualquer espaço para a manifestação de questões emocionais. Conforme a autora a expressão dos sentimentos relacionados à experiência vivida deveria ser complementar às intervenções direcionadas ao tratamento do câncer de mama. A importância da fala, de apoio psicológico, de orientações e troca entre mulheres com a mesma vivência, foram consideradas importantes nos relatos das entrevistadas.

As participantes desconhecem a existência de qualquer dispositivo de apoio psicológico no município e mesmo nos hospitais para os quais foram encaminhadas. Embora reconheçam a importância do apoio familiar, consideram que seria positivo conversar com pessoas diferentes, numa situação semelhante e receber orientações.

#### *Discursos de um corpo utilitário*

Os seres humanos são classificados como homem/mulher, e essa diferenciação fundante determina a circulação social, os espaços que as pessoas ocupam e a maneira como elas vivem. Villela (2006)<sup>6</sup> afirma que:

Se acreditamos que o processo de saúde/doença é determinado sócio-culturalmente, a doença poderia ser entendida como uma tradução [...] das vicissitudes e da trajetória do viver.[...] Como os corpos masculinos e femininos circulam de maneiras distintas no mundo, todo o processo da vida, do adoecimento e da morte é marcado pelo fato de se ser homem ou mulher. Isto faz com que homens adoçam de uma determinada maneira e mulheres de outra.

Sob esta perspectiva, as mulheres pesquisadas demonstraram sentimentos de inutilidade, devido à impossibilidade de executar qualquer atividade doméstica, permanecendo, durante o tratamento, dependentes dos familiares ou amigos. Esta situação pode ser desencadeadora de conflitos emocionais e reações psíquicas que podem interferir na adesão ao tratamento, uma vez que pode impedir a mulher (GIANINI, 2007).

Martins (2000) situa como no século XIX, consolidaram-se as distinções de gênero, instalando-se como referência as diferenças corporais do feminino e do masculino. Com o intuito de definir a mulher, médicos, biólogos, anatomistas e fisiologistas promoveram um intenso debate

---

<sup>6</sup> (sem número de página) Em entrevista concedida ao Clam (Centro Latino-americano em sexualidade e direitos humanos), publicado em agosto de 2006. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=1529&tpl=printerview&sid=43>>



sobre a domesticidade e a inferioridade das mulheres, a vocação maternal, a sexualidade perigosa, o pudor feminino, a pouca aptidão para a política e as ciências, fundamentando a exclusão das mulheres no âmbito da cidadania, negando sua autonomia e subjetividade.

Esta perspectiva nos permite compreender a falta de questionamento por parte das mulheres, sobre o saber médico e sobre a condução do seu próprio tratamento. A ausência de poder nas decisões que incidirão sobre o seu corpo, permanecendo alienadas ao saber médico, culmina no alijamento das mulheres de si mesmas, tornando-as, e a seus corpos, meros objetos das cogitações e dos exames masculinos (MARTINS, 2000).

Outra reflexão essencial para os estudos de gênero, foi olhar a sexualidade como um campo distinto, como uma maneira de circular na sociedade e de se relacionar com o próprio corpo e com o outro (VILLELA, 2006).

Para as mulheres pesquisadas, a perda ou a mutilação da mama parece não ter produzido grandes reflexos no desempenho da sexualidade. Elas avaliam que já cumpriram com o seu papel de “mães-nutridoras”, pois os filhos já são todos “criados”. Considerando que três delas são viúvas e não mantêm parceiro sexual, acreditam que a mama perdeu sua utilidade e não fará mais falta. A fala de uma das participantes exemplifica: “agora que sou viúva, os filhos criados, não tem problema ficar sem a mama”.

Contudo, entender as questões de gênero, presentes nas relações estabelecidas entre as pessoas, facilita a intervenção profissional na assistência a estas mulheres. Para Nogueira e Silva (2008) são elas as maiores usuárias dos serviços de saúde e compõem a maior parte dos trabalhadores do sistema. Entretanto, são pouco representadas nos processos de decisão e de formulação de políticas públicas de saúde, influenciando as relações dentro do próprio modelo de assistência vigente.

### *Políticas Públicas para as mulheres*

A assistência à saúde no Brasil concentrou-se em ações curativas e lucrativas, transformando a saúde em mercadoria. As práticas de promoção e prevenção da saúde ficaram sob a responsabilidade do Estado e, praticamente, representa o único recurso da população carente. Muitas mulheres adoecem e morrem por causas facilmente evitáveis, outras morrem por falta de acesso à assistência especializada (CONTROLE SOCIAL, 2002, p.13).

Nesta perspectiva, verificamos que a maioria das mulheres pesquisadas não fazia o auto-exame das mamas, além de não realizarem o exame de mamografia anualmente, conforme a



indicação para a faixa etária. Em contrapartida, com o adoecimento passaram a reconhecer a importância da detecção precoce e de esclarecimentos sobre o câncer de mama.

Contudo, mesmo reconhecendo algumas falhas no atendimento as suas demandas, todas as participantes avaliaram de maneira positiva o tratamento recebido pelo município. Entretanto, observa-se que os serviços oferecidos tendem a ser confundidos com a postura pessoal dos profissionais, especialmente nos PSFs (Programa de Saúde da Família), onde se percebe uma maior aproximação entre profissionais e usuárias. Habitadas a não terem direito algum, Sousa (2007) avalia que o acolhimento recebido, num momento de imensa fragilidade, proporciona às participantes um olhar positivo sobre os serviços prestados.

Conforme Minayo (2004, p. 13), é necessário compreender que

saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque a forma como a sociedade os experimenta, cristalizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas. Neste sentido, saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo, como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências (MINAYO, 2004, p. 15-16).

Apesar do sofrimento, do medo, da angústia e incertezas, todas as mulheres pesquisadas têm encontrado alguma forma de exorcizar os fantasmas relacionados ao câncer, buscando meios de enfrentamento da doença. Procuram conforto no apoio dos familiares e consolo na fé e esperança. Sousa (2007, p 90) acredita que este fato “denota uma organização positiva pós-mastectomia através dos ‘bons encontros’ com familiares, amigos, grupos religiosos [...]”, assim como grupos terapêuticos, de apoio ou convivência. Para Deluze<sup>7</sup> citado por Souza (2007) um corpo compõe a sua relação diretamente com o outro, e com sua potência ou parte dela, aumenta a potência deste outro corpo, produzindo um bom encontro, potencializador, gerador de alegria ativa, que mobiliza para a ação.

Contudo, para Kleinman, citada por Tavares, (2005), existe uma tendência em situar a origem do problema de saúde no indivíduo. Esta crença, estimulada por programas do governo de educação para a saúde, atribui os problemas de saúde, cada vez mais, à “negligência” [grifo da autora] com relação à alimentação, ao vestuário, à higiene, ao estilo de vida, a relacionamentos, falta de exercícios físicos e aos vícios do fumo e álcool.

Assim, as mulheres que se deparam com o diagnóstico de câncer de mama, acabam se sentindo culpadas por não terem realizado o auto-exame, a mamografia, por não procurarem orientação médica, por não terem conhecimento a respeito da doença. São responsabilizadas tanto pelo seu adoecimento como pelo seu tratamento.

---

<sup>7</sup> DELUZE, G. Espinosa: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.



Certamente, a detecção precoce é de extrema importância quando falamos em câncer de mama, mas é imprescindível que homens e mulheres tenham a consciência do direito de ter direito. É a partir desta conscientização que serão ampliados os limites e o horizonte democrático na sociedade alimentando uma contínua expansão simbólica do espaço das liberdades em uma permanente construção sócio-cultural e política (CONTROLE SOCIAL, 2002).

### *Traçando novos caminhos*

A realização desta pesquisa nos permitiu verificar que o câncer de mama é visto como gerador de angústia e sofrimento, na qual a falta de informações e os preconceitos presentes no imaginário social reforçam tais sentimentos.

Além dos anseios associados ao câncer de mama, com o adoecimento, todas as pesquisadas relataram mudanças significativas em suas vidas: troca de endereço, repercussões na imagem corporal, na vida financeira, afastamento do trabalho, nas relações familiares. Porém, após o adoecimento novos discursos são elaborados para se alcançar a normalização desta percepção e a atuação deste corpo. Neste sentido, as pesquisadas ressaltaram que a preservação da vida era mais importante que a perda ou mutilação da mama.

Constatamos que o apoio de familiares e amigos é considerado fundamental, pelas mulheres acometidas, no enfrentamento e tratamento do câncer de mama, além da fé em Deus e esperança de um tratamento resolutivo. Os estudos de Sousa (2007) apontam resultados semelhantes.

No que se refere ao caminho percorrido em busca de atendimento, verificamos que, o ponto de partida foi o posto de saúde do bairro de cada participante. Destes recebem os encaminhamentos para o exame de mamografia e, posteriormente para realização de curativos e acompanhamento de outras patologias, não relacionadas ao câncer de mama.

A partir do diagnóstico as mulheres são orientadas a procurar o Posto Médico Central. Neste local deixam seus dados de identificação, exames e o encaminhamento para avaliação com mastologista. Conforme depoimentos, a escolha do hospital é feita conforme a disponibilidade de vagas nos hospitais da capital.

As mulheres, em seus relatos afirmaram que a marcação da consulta foi rápida, entre dois e cinco dias. Além disto, o deslocamento, desde a primeira avaliação até o término do tratamento é feito com transporte da prefeitura. Conforme as narrativas o acesso ao transporte também é facilitado.



Os resultados obtidos indicaram que, embora exista um aparato físico e objetivo para o atendimento e encaminhamento das mulheres com câncer de mama, não encontramos nenhum ponto de referência ou apoio psicológico, específico para elas. A partir do encaminhamento para hospitais da capital, o tratamento da doença fica remetido a estes locais e o município fica responsável apenas pelo transporte.

As mulheres que residem em bairros com o Programa de Saúde da Família – PSF apontam o acompanhamento por parte da equipe. Entretanto, este dispositivo não está disponível em todos os bairros do município, e nem todas as mulheres recebem a mesma atenção. Sendo que, caso não haja adesão ao tratamento ou qualquer outra intercorrência, não identificamos a existência de nenhum dispositivo de controle. Não se observa a existência de espaços de fala e troca de experiências, fundamentais no enfrentamento da doença e recuperação dessas mulheres (SOUZA, 2007).

Neste sentido, as participantes foram unânimes ao apontar a necessidade e importância de um grupo de apoio, orientação e convivência entre as mulheres que já enfrentaram ou estão enfrentando o câncer de mama.

Avaliamos que os princípios do SUS, no que se refere ao tratamento do câncer de mama, no município de Osório/RS, permanecem como ideais a serem conquistados. Desta forma, compartilho do sentimento de Sousa (2007, p. 107) que, em seus estudos apontou resultados semelhantes, pautando seu discurso em favor do ser humano.

Não se trata aqui de um discurso contra o SUS. Trata-se de um discurso de alguém, apaixonada pelo SUS, porém mais apaixonada pelo ser humano, cidadão de direitos [...] que não pode ser pensado como abstrato, mas como uma pessoa com suas dores, motivações, doença, saúde, enfim, como uma vida. [...]

Por fim, considerando que câncer de mama é a principal causa de morte entre as mulheres no país (BRASIL, 2008) e as repercussões em consequência da retirada da mama, além das dificuldades de enfrentamento e tratamento da doença (GIANINI, 2007; SOUSA, 2007; TAVARES, 2005; ZECCHIN, 2004; ARANTES & MAMEDE, 2003), tornam-se relevantes estudos que investiguem se as Políticas Públicas voltadas para a saúde da mulher estão correspondendo às demandas e expectativas de qualidade de vida desta população. Assim sendo, tais achados podem ser úteis para instigar a reflexão e o questionamento de práticas atuais e orientar a luta por políticas efetivas, em ressonância com as reais necessidades das mulheres com câncer de mama.

### *Referências*





ANDRADE, Ângela Nobre de; DUARTE, Tânia Pires. **Enfrentando a mastectomia:** análise os relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas a sexualidade. Estudos de Psicologia. Vol 8, nº1. Natal: Universidade Federal do Espírito Santo. Jan/abr. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2003000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100017)> Acesso em: 27 dez. 2007.

ARANTES, Sandra Lúcia.; MAMEDE, Marli Villela. **A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento:** um direito a ser conquistado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Jan./fev. 2003, vol.11, no.1, p.49-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **INCA – Instituto Nacional do Câncer.** Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=336](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336)> Acesso em: 20 mar. 2008.

CONTROLE SOCIAL: UMA QUESTÃO DE CIDADANIA. **Saúde é assunto para mulheres /** Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 3ª ed. São Paulo: [s.n.], 2002.

GIANINI, Marcelo Márcio Siqueira. **Câncer e Gênero:** enfrentamento da doença. Dissertação de Mestrado – PUC/SP. Out. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>> Acesso em: 03 mai. 2008.

MARTINS, Ana Paula Vosne. **A medicina da mulher:** visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX. Campinas, 2000. 311 Tese de Doutorado – Universidade de Campinas/SP.

MEYER, Julienne. Usando métodos qualitativos na pesquisa – ação relacionada à saúde. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa em Saúde Qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: ARTMED, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8. ed.- São Paulo: Hucitec, 2004.

NOGUEIRA, Ana Cláudia Correia; SILVA, Letícia Batista. **As desigualdades de gênero:** um enfoque na questão da saúde pública. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambu/MG. 29 set. a 03 out. de 2008.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa em Saúde Qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: ARTMED, 2005.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. Cultos e enigmas do corpo na história. In: STREY, M. N; CABEDA, S. L. T. (orgs). **Corpos e subjetividade em exercício interdisciplinar.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SILVA, Guilherme Ceribelli Fernandes da. **Promoção de saúde e câncer de mama:** um olhar a mais. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Franca: Pós-Graduação em Programa de Saúde: São Paulo, 2007.

SOUSA, Aline Lopes de. **“Corpos marcados e fé na vida...”** Mastectomia e Políticas Públicas de Saúde da Mulher. Dissertação de mestrado. Orientadora: Ângela Nobre Andrade. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ago 2007.



TAVARES, Jeane Saskya C.; TRAD, Leny A. Bonfim. **Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2):426-435, mar-abr, 2005.

VILLELA, Wilza Vieira. **Gênero e Políticas de Saúde.** Entrevista publicada em: ago. 2006. Disponível em: <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1529&tpl=printerview&sid=43> Acesso em: 03 mai. 2008.

ZECCHIN, Rubia Nascimento. **A perda do seio:** um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP: EDUC, 2004.