

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA POR MAMOGRAFIA: ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DE MULHERES

Early detection of breast cancer by mammography: analysis of women's trajectories

Eloiza Augusta Gomes¹, Laura Filomena S. de Araújo²,
Rosene Bellato³, Estela Márcia Saraiva Campos⁴

RESUMO

Este estudo objetivou analisar as trajetórias empreendidas por mulheres acima de 60 anos, usuárias do SUS, na busca por detecção precoce do câncer de mama (CM), por meio da mamografia. A pesquisa, de natureza qualitativa, utilizou a técnica do grupo focal (GF). Abarcou as trajetórias de três diferentes mulheres e os envolvimento que entrelaçaram as dimensões de análise foram: a representação da doença e a experiência de busca por cuidados, a organização dos serviços de saúde, e as redes de apoio e sustentação das mulheres. Desenhar as trajetórias possibilitou demonstrar os caminhos trilhados pelas mulheres na busca por cuidados preventivos e analisar as dificuldades dos serviços em assegurar-lhes a mamografia, ressaltando que os empecilhos para a efetivação da detecção precoce do CM são reais.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à Saúde; Prevenção de Câncer de Mama; Neoplasias da Mama; Mamografia.

INTRODUÇÃO

No campo da Saúde Pública, é de suma relevância conhecer as trajetórias de mulheres acima de 60 anos, na busca por cuidados preventivos do câncer de mama (CM), uma vez que ainda persistem dificuldades em seu manejo.

Entre as neoplasias que atingem a população feminina, esse tipo de câncer é o mais prevalente e responsável pela

ABSTRACT

Early detection of breast cancer by mammography: an analysis of women's trajectories. The aim of this study is to analyze the trajectories taken by women over 60, who are SUS users, for early detection of breast cancer (BC) through mammography. This is a qualitative study that used the focus group (FG) technique. It covers the trajectories of three different women and the main factors involved were the representation of the disease and the experience of seeking care, the organization of health services, and the support networks for women. Tracing their trajectories made it possible to demonstrate the paths taken by women in their search for preventive care, as well as to analyze the difficulties of the services in ensuring them access to mammography. In addition, it highlights that the obstacles to carrying out early detection of BC are real.

KEYWORDS: Delivery of Health Care; Breast Cancer Prevention; Breast Neoplasms; Mammography.

maior causa de mortalidade e morbidade desse segmento em todo o mundo. Para o Brasil, em 2014, registraram-se 57.120 casos novos de CM, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres.¹

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à prevenção, detecção e tratamento dos cânceres de mama e colo de útero, entrou em vigor a Lei nº 11.664/08, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde, que ga-

¹ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora vinculada ao Hospital Maternidade Therezinha de Jesus da Faculdade Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (UFJF).

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto. Professora da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá.

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo. Professora da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá. E-mail: roseneybellato@gmail.com.

⁴ Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora.

rantam a realização de exame mamográfico a todas as mulheres, a partir dos 40 anos de idade.² Importante ressaltar que, desde 2004, o Ministério da Saúde (MS) já preconiza a realização de mamografia, bianualmente para mulheres entre 50 e 69 anos.¹

Apesar da garantia legal para realização desse exame, ainda persiste a baixa cobertura. De acordo com Silva et al.³, a razão entre mamografias e população-alvo do rastreamento mostrou-se baixa em todas as faixas etárias analisadas. No Brasil, em 2010, foram realizadas pelo SUS 3.126.283 mamografias. Nas faixas etárias alvo do rastreamento, a cobertura para a população dependente do SUS foi de 32,2% para as mulheres de 50-59 anos e de 25% para as de 60-69.

Observa-se que, apesar de esforços crescentes para melhorar a efetividade dos programas de diagnóstico do CM, as medidas propostas no âmbito da política parecem não conduzir aos resultados esperados de melhor cobertura, o que suscita indagações em termos de sua efetividade prática.

O presente trabalho, ao buscar compreender as razões que levaram mulheres acima de 60 anos, usuárias do SUS, a não realizarem a mamografia, põe em evidência as dificuldades enfrentadas para realização de tal exame, considerado medida de impacto na detecção precoce da doença. Para tanto, buscou-se desenhar suas trajetórias de procura por cuidados, pautando-se na noção de itinerários terapêuticos (ITs), os quais, para Araújo e Bellato⁴, compreendem as experiências de pessoas e famílias em seus modos de significar e produzir cuidados, empreendendo trajetórias nos diferentes sistemas de cuidado e tecendo redes de sustentação e apoio que possam lhes dar sustentabilidade nesta experiência. Comporta, também, como serviços de saúde disponibilizam a atenção e acolhem, em certa medida, suas necessidades de saúde [...].^{4:178}

Dessa compreensão de IT, focalizam-se, neste estudo, as trajetórias empreendidas por mulheres para realização da mamografia, verificando a acolhida, ou não, pelos profissionais e serviços de saúde. Desse modo, o objetivo deste estudo consistiu em analisar as trajetórias empreendidas por mulheres acima de 60 anos, moradoras da Zona Norte, em Juiz de Fora, na busca pela detecção precoce do CM, por meio da mamografia.

MÉTODOS

O ponto de partida para a realização deste estudo foi o resultado de uma pesquisa quantitativa, inquérito epidemiológico, realizada em 2010, no município da Zona da Mata Mineira. A região é representativa pela variabilidade de condições socioeconômicas e de saúde. Os resultados

apontaram o quantitativo de mulheres entrevistadas acima de 60 anos, das quais 251 responderam à pergunta do instrumento de coleta do referido inquérito: “*Você já realizou mamografia alguma vez na vida?*”. Destas, 77 (30,7%) nunca haviam realizado o exame, contudo, neste inquérito, não foram indagados os *motivos da não realização da mamografia*.^{5,6}

Essa lacuna motivou o desenvolvimento do presente estudo de natureza qualitativa, que buscou compreender as razões pelas quais 77 mulheres não realizaram o exame, sendo esse o critério de inclusão deste estudo. Os critérios de exclusão foram: a recusa, por motivos particulares, em participar do estudo e a não obtenção de contato com elas. O perfil da população de estudo foi de mulheres com escolaridade de nível básico e baixa condição socioeconômica.

Nesta pesquisa, utilizou-se a técnica do Grupo Focal (GF) para a coleta de dados, sendo que a questão norteadora da conversa nesses grupos foi entender “o motivo pelo qual as mulheres não realizaram a mamografia”. Um roteiro de quatro perguntas direcionou a conversa: “*Para vocês, o que é o câncer de mama?*”; “*Que cuidados vocês têm com sua mama?*”; “*O que vocês sabem sobre a mamografia?*”; “*Algum motivo levou vocês a não realizarem este exame?*”.

Os pesquisadores tiveram permissão para acesso aos formulários do inquérito, a fim de contatarem as possíveis participantes do presente estudo, que foi feito em quatro unidades de saúde da Zona da Mata Mineira, onde foi realizado o inquérito anteriormente citado.

Planejou-se o primeiro contato com as gerentes das respectivas unidades de saúde, por telefone e pessoalmente, para agendar um encontro com o objetivo de explicar a pesquisa e solicitar a colaboração das equipes na busca pelas mulheres previamente identificadas.

Antes do início das atividades do GF, as participantes foram orientadas sobre os objetivos da pesquisa e da necessidade de concordar com a participação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante a realização dos GFs, as conversas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Inicialmente pensou-se em contatar todas as 77 mulheres que não realizaram a mamografia, das quais quatro não foram localizadas por motivos de endereços incompletos e ilegíveis nos formulários. Distribuíram-se as 73 mulheres restantes, de acordo com sua unidade de saúde de referência, totalizando oito unidades, das quais duas recusaram-se a participar do estudo, o que levou à perda de 19 mulheres; em outras duas unidades, as mulheres não compareceram às reuniões do GF, resultando na perda de mais 41 mulheres.

Desse modo, participaram deste estudo 13 mulheres vinculadas às quatro unidades de saúde, com idades entre

60 e 69 anos, que nunca realizaram a mamografia. A obtenção dos dados foi realizada em novembro e dezembro de 2011, por meio de um encontro com participantes dos quatro GF.

A realização dos GFs possibilitou a seleção das mulheres cujas histórias melhor representassem as experiências de busca pelo cuidado. Selecionaram-se, então, três mulheres (Jasmim, Azaleia e Dália), de modo a aprofundar suas histórias de busca por mamografia, o que permitiu viabilizar a construção dessa trajetória.

As entrevistas foram realizadas em suas residências, e os relatos gravados tiveram duração média de uma hora e

meia. A partir da transcrição das entrevistas, procedeu-se à construção dos desenhos de trajetórias das mulheres, buscando explorar as seguintes dimensões: a representação da doença e experiência da busca por cuidado; a organização dos serviços de saúde na atenção às mulheres; e as redes de apoio e sustentação das mulheres para o cuidado em saúde. Foram destacados também os percursos empreendidos pelas mulheres nas diferentes instituições de saúde.

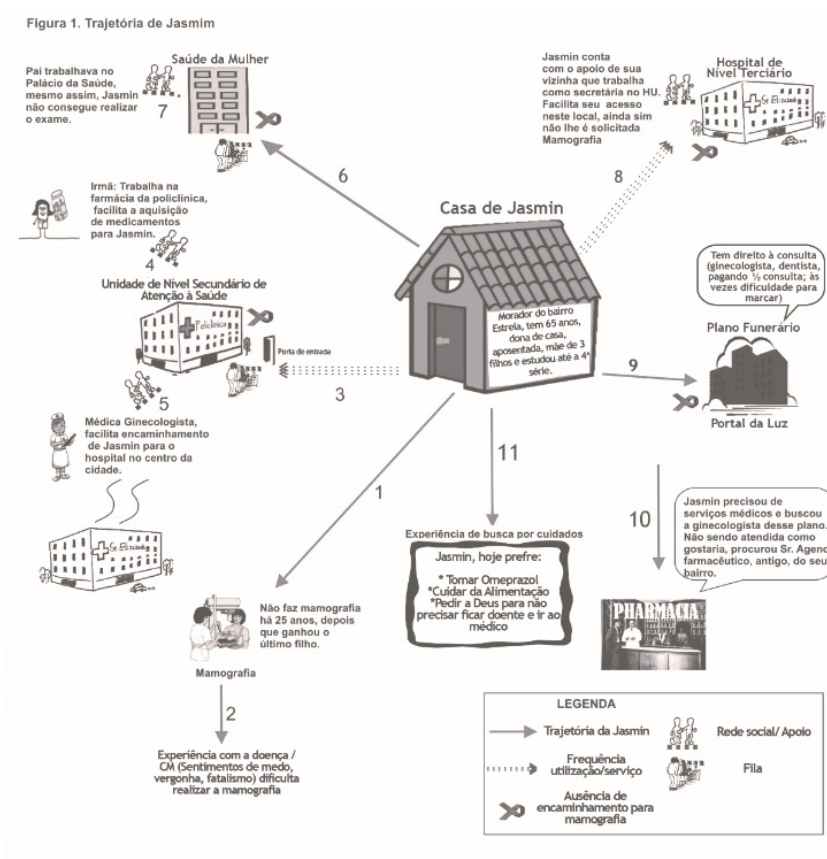
Este trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 151/ CEP-UFJF/11, sob a égide da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Trajétória de Jasmim

Jasmim, 65 anos, com ensino fundamental, dona de casa, aposentada e mãe de três filhos, relatou que não faz

nenhum tipo de exame preventivo há mais de 25 anos (Figura 1, seta 1): “[...] Hoje, depois que ganhei meu último filho, há 25 anos, nunca mais mexi com médico... caçar preventivo nada?” (Jasmim).

Figura 1 - Trajetória de Jasmim.



Fonte: dados da pesquisa.

Quando abordada a respeito de seu conhecimento sobre CM, Jasmim relata que nunca teve a doença, nem ninguém de sua família. Destaca que o conhecimento que tem sobre o CM advém de experiências não tão próximas ao seu cotidiano, e que tem o hábito de fazer o autoexame de mama. Em relação à situação de não haver feito a mamografia, ela expressa sentimento de medo combinado ao de vergonha, por “*não fazer*” e saber que “*tem que fazer*” este e outros exames preventivos (Figura 1, seta 2). Estar há tanto tempo sem a mamografia deixava-a muito constrangida, pois várias amigas já tinham feito o exame, e ela não: “[...] *uma montoeira de gente, todo mundo já tinha feito, eu fiquei com vergonha que eu nunca tinha feito, fiquei com vergonha, menina... [...]*” (Jasmim).

Comparando a doença metaforicamente como um “*bárbaro invasor e ladrões de vidas*”, Sontag⁷ destaca o horror das pessoas pelo câncer, o que é corroborado pela história de Jasmim, que ignora a doença. A postura de Jasmim - “[...] *Acho melhor num saber da doença [referência ao CM] Pra mim, hum... fico impressionada assim*” - ressoa um estudo realizado na Turquia cujo resultado aponta que o medo de serem diagnosticadas com um tumor mamário é determinante na opção de mulheres de baixa renda não realizarem o rastreamento mamográfico.⁸

Santos e Chubaci⁹ apontam outras razões de as mulheres com mais de 60 anos não fazerem o exame mamográfico: não percebem o risco de não realizá-lo; julgam desnecessário fazê-lo; não têm recomendação médica (50%). Somando-se à faixa etária avançada, a abordagem terapêutica realizada por profissionais de saúde, principalmente do sexo masculino, também pode desencadear maior sentimento de vergonha nesse segmento etário.

No que se refere à busca por cuidados de saúde, Jasmim relatou que, quando precisa, sua unidade de referência é a Policlínica do bairro, próxima à sua residência, apesar das dificuldades de acesso (Figura 1, seta 3). Saliencia que essa unidade tem sido utilizada como porta de entrada para a população de referência não coberta por UAPS.

Embora a Lei nº 11.664² determine a realização do exame de mamografia em todas as mulheres, a partir dos 40 anos de idade, e embora os serviços de maior complexidade devam garantir a complementação diagnóstica, tratamento e seguimento pós-tratamento, que não puderem ser realizados na unidade que prestou o atendimento,²¹ a consulta médica prestada a Jasmim não foi capaz de resguardar prioridade para medidas de prevenção.

De fato, Jasmim destacou a fila de madrugada para pegar a ficha de consulta como primeira dificuldade para ter acesso à solicitação do exame de mamografia. Dessa forma, a integralidade fica comprometida, em virtude do impedimento para o cuidado, e o usuário não tem suas

necessidades de saúde atendidas: “[...] *Eu, na minha opinião, esse negócio de pegar ficha, isso é que me mata. É... aí você chega lá tem um montão de gente... Aí, não tem como não*” (Jasmim).

Na busca por cuidados de saúde, em particular para a realização da mamografia, evidencia-se uma rede de apoio e sustentação de Jasmim, representada por uma profissional de saúde, pela vizinha e pela irmã que, embora trabalhe na farmácia da Policlínica e facilite-lhe a aquisição de medicamentos, não consegue agendar consulta médica para a solicitação da mamografia, o que força Jasmim a ir de madrugada para a fila (Figura 1, seta 4).

Outro aspecto destacado por Jasmim é a grande demanda de pessoas na unidade, diariamente, comprometendo o atendimento dos que necessitam: “[...] *as pessoas que vão lá todos os dias tomam lugar daqueles que, realmente, necessitam, prejudicando o andamento do serviço*” (Jasmim).

A fala da usuária denota um olhar crítico sobre os serviços de saúde, que não são centrados no usuário, mas na burocracia organizacional. É importante ressaltar que a efetividade das ações de diagnóstico precoce resulta da organização da rede de atenção à saúde, que deve contemplar aspectos como facilidade de acesso e agilidade no atendimento e na resolução das necessidades de saúde. A dificuldade de acesso das pessoas à rede de cuidado implica baixa efetividade de intervenção na prática clínica.¹⁰

Apesar da firmeza do propósito de não procurar a unidade, somente quando realmente não tem outra opção, Jasmim relatou que uma médica ginecologista, conhecida dela, com quem fez o pré-natal, dispôs-se a atendê-la e encaminhá-la ao hospital, no centro da cidade, quando ela necessitasse. Mais uma vez, a rede de apoio configura-se com uma pessoa com quem mantém vínculos de afetividade, agora na figura de uma profissional de saúde. Apesar disso, o sentimento de estar sendo privilegiada a deixa constrangida (Figura 1, seta 5): “*Aí ela [referiu-se à médica] falou assim: “Cê vai, fica lá na porta, que eu vou te atender”. Mas e o medo? O medo de eu ir lá, ficar na porta, ela me chamar e o pessoal achar que eu tava passando na frente do outro, ainda caçar confusão*” (Jasmim).

Jasmim busca outros serviços, entre os quais o Instituto da Mulher, serviço de nível secundário e referência para esse tipo de procedimento (Figura 1, seta 6). Nesse serviço, Jasmim também não conseguiu realizar a mamografia, apesar de ter seu pai como “*facilitador do acesso*”, uma vez que trabalhava lá, fazendo parte de sua rede de apoio (Figura 1, seta 7): “[...] *Meu pai ainda trabalhava no Palácio da Saúde [referia-se ao Instituto da Mulher]. Se tivesse alguma coisa que a gente precisava de fazer, era só pegar um documento, ir num hospital, chegar lá e fazer e tudo bem*” (Jasmim).

Ainda intermediada por sua rede de apoio, Jasmim continua sua busca para realizar a mamografia, agora no

nível terciário (Hospital Universitário – HU) (Figura 1, seta 8), onde foi apoiada por uma vizinha, que é secretária no setor, e facilitava seu ingresso em consultas especializadas, sem precisar de encaminhamento da unidade de referência. Apesar disso, também não lhe foi garantida a realização da mamografia.

A entrevistada mencionou também que paga, há mais de 15 anos, dezesseis reais mensais por um plano funerário que lhe permite, com o acréscimo de apenas oito reais, consultar com dentista, ginecologista e dermatologista. O plano já atendeu às suas necessidades, mas, quando precisou da consulta com o ginecologista para tentar a solicitação de mamografia, não conseguiu vaga (Figura 1, seta 9).

Jasmim relatou ainda que procurou o antigo farmacêutico do bairro onde mora para que ele lhe indicasse um remédio para dor (Figura 1, seta 10). Esse fato evidencia a persistência da crença de cura e dos problemas por parte desse segmento.¹¹

Tudo isso leva a pensar que a lógica da doença tem sido reforçada pela prática profissional e de gestão dos serviços, em detrimento das práticas de educação em saúde, de autocuidado e do trabalho com fatores de risco, reiterando o círculo vicioso: o profissional não faz prevenção porque não acredita nessa estratégia ou porque cresce consideravelmente a demanda espontânea. Sem a promoção da saúde e a prevenção, o usuário continuará procurando o profissional em virtude da doença.

Com tal experiência junto aos serviços de saúde, Jasmim percebe o cuidado com sua própria saúde da seguinte maneira: toma omeprazol e ômega 3, não abusa na alimentação e fica “*pedindo a Deus pra não precisar ir ao médico*” (Figura 1, seta 11). Evidenciando um sentimento de impotência e desânimo, em virtude da dificuldade de ser atendida, apesar de várias estratégias, para ela é melhor não precisar usar os serviços de saúde e apoiar-se na fé e na esperança.

É relevante indagar a importância que os profissionais de saúde atribuem às práticas de promoção da saúde e prevenção da doença, já que têm sido criadas ou mantidas tantas barreiras de acesso às mesmas. Se os profissionais mantêm o discurso da prevenção, mas não o colocam em prática, como esperar que as mulheres perseverem na detecção precoce do CM?

Tudo isso explicita que as posturas diante das questões de saúde são permeadas por aspectos objetivos e subjetivos. Apesar de o MS traçar diretrizes organizacionais e destacar a necessidade de enfatizar o empoderamento das mulheres atendidas pelo SUS, maioria da população brasileira, esse empoderamento é perpassado por aspectos educacionais, culturais e religiosos, os quais referendam submissão e passividade. Dar voz a esse segmento e aco-

lhê-lo é papel político das equipes de saúde.¹²

Alguns aspectos podem ser identificados na trajetória de Jasmim, como o predomínio das setas, indicando sua busca por práticas de prevenção do CM, demonstrando sua valorização dessas práticas a despeito das dificuldades.

Trajetória de Azaleia

Azaleia, uma das participantes do GF de UAPS-SF, tem 76 anos, é viúva, analfabeta, mora sozinha e sofre dificuldades de deambulação. Hipertensa, diabética e cardiopata, faz acompanhamento na UAPS-SF-Estrela (Figura 2, seta 1), situada numa área onde morou por muitos anos. Ela relatou que gosta de se tratar nessa UAPS por dois motivos: primeiro, por ter desenvolvido vínculo com a equipe de saúde, em especial com o médico; segundo, pelo fato de a UAPS de sua área de residência atual (Figura 2, seta 2) estar passando por um processo de reforma.

Quanto à prevenção do CM, relata não ter feito a mamografia por vergonha, mesmo com o agendamento realizado pela ACS. Em relação à mamografia e ao preventivo, Azaleia vincula a necessidade de realização dos mesmos à vida sexual ativa: “[...] *já tô velha, não tenho mais marido e não vou mexer com isso não*” (Azaleia).

Destaca que o profissional que faz o acompanhamento de suas doenças crônicas nunca pediu exame de mamografia. Isso corrobora a concepção de que grande parte dos profissionais de saúde não está preparada para o atendimento à pessoa idosa de maneira mais integral, ou seja, no caso de Azaleia, mais uma vez o direito da usuária não foi respeitado: “[...] *Ab! Pra começar, o médico nunca pediu também, o preventivo [entendido como a mamografia]. Fiz uma vez e nunca pediu não. Semana passada mesmo, eu consultei aqui, eu vim no médico. Agora só vou voltar em dezembro, se Deus quiser*” (Azaleia).

Esses dados ratificam estudo realizado em Teresina (PI), com 433 mulheres, das quais 55,1% não realizavam mamografia por nenhum médico haver solicitado tal exame.¹³ Também nos Estados Unidos, estudo realizado com 566 imigrantes chinesas mostrou que 53% delas nunca haviam recebido recomendações médicas para o rastreio mamográfico nos últimos dois anos.¹⁴

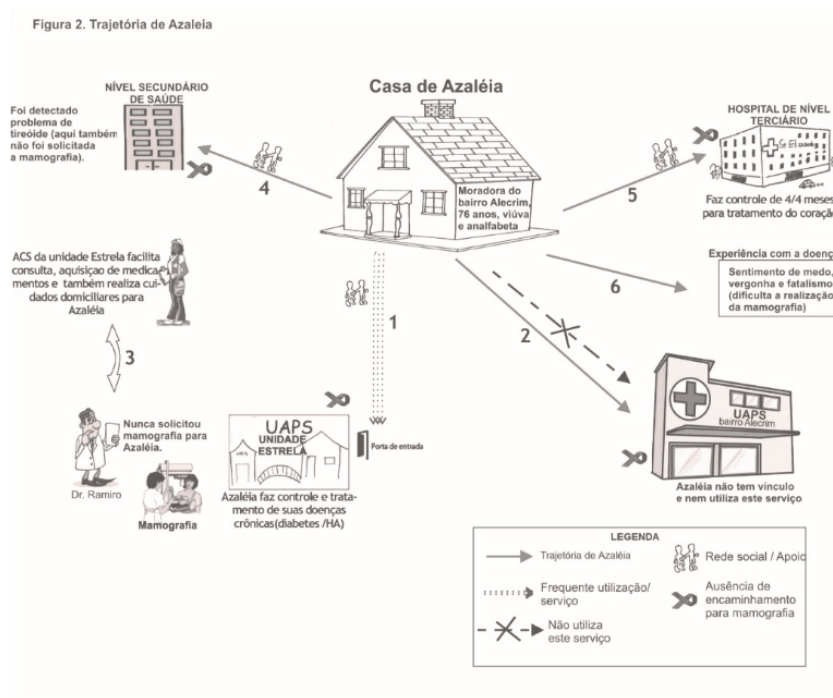
Enquanto se espera do profissional de saúde que ele se aproveite de todos os momentos de encontro e presença dos sujeitos para identificar suas necessidades de saúde, essa valiosa oportunidade de diálogo e de troca de experiência é perdida.

No caso de Azaleia, apesar do quadro favorável ao encaminhamento para a realização da mamografia (vínculo com seu médico, frequentes idas ao serviço de saúde), o profissional que a atendeu não fez o pedido. Nessa situ-

ação, pudemos observar que nem sempre o *vínculo* com o profissional de saúde garante as práticas de prevenção, em especial do CM.¹⁵ Não valorizando ações de prevenção do CM, os profissionais de saúde induzem as usuárias a

considerá-las desnecessárias: “[...] *Exame da mama, eu nunca fiz. Só fiz o preventivo uma vez. Tem tanto tempo que eu nem me lembro mais [risos]*”.

Figura 2 - Trajetória de Azaleia.



Fonte: dados da pesquisa.

Em sua busca por cuidados, Azaleia conta com uma ACS da UAPS Estrela, que participa da sua rede de apoio e sustentação, facilitando-lhe aquisição de medicamentos, marcação de consultas, tanto na UAPs como em outros serviços da rede. Além disso, a ACS auxilia Azaleia no cuidado domiciliar, já que ela mora sozinha e tem dificuldade de deambulação, o que amplia a relação de vínculo e amizade (Figura 2, seta 3).

Em contrapartida, apesar desse vínculo afetivo e efetivo na relação usuário-profissional-serviço (por amizade, a ACS garante à Azaleia acesso aos cuidados de saúde na unidade de referência¹⁵ – PAM-Marechal – com agendamento de consulta realizado informalmente e encaminhamentos (Figura 2, seta 4), o profissional não responde com práticas de cuidado integral, já que não solicita a mamografia.

Essa realidade concreta ratifica o que afirmam os pes-

quisadores: enquanto, para Almeida e Zeferino,¹⁶ há variações quanto aos limites mínimo e máximo de idade para tais programas, recomendando-se o exame anual para as mulheres acima dos 70 anos, com expectativa de vida maior do que sete anos, para Novaes e Mattos¹⁷, ocorre uma diminuição da prevalência de realização da mamografia, à medida que aumenta a faixa etária.

Azaleia buscou o nível secundário para detectar um problema de tireoide e, apesar do acesso à consulta médica com endocrinologista, segundo ela, este não aproveitou o momento para abordá-la de maneira integral, de modo que continua sua busca, dessa vez no nível terciário de atenção do SUS, onde faz tratamento cardíaco com controle periódico da hipertensão arterial. Nesse nível, a prevenção também não foi contemplada, uma vez que, segundo Azaleia, o profissional que a avalia não fez uma abordagem mais integral (Figura 2, seta 5).

Como se pode perceber, em toda a trajetória de Azaleia para consultas e acompanhamentos pela rede de serviços, as medidas preventivas do CM permaneceram sendo desconsideradas pelos profissionais de saúde, de forma que o foco do profissional persiste no que o usuário traz de queixa sobre a doença instalada. Associa-se a isso um fato particular da vida de Azaleia: o medo de abordar o assunto, talvez pelo fato de já ter perdido duas filhas com câncer (Figura 2, seta 6): “[...] Não, né, eu acho que, se a gente ficar sabendo, é pior, né. Vai ficar mais preocupada, mais, assim... [Pausa]. Eu acho que é pior mesmo a gente saber da doença” (Azaleia).

Partindo dessas considerações, pode-se afirmar que houve negligência por parte dos profissionais que atenderam Azaleia ao não solicitarem a mamografia, apesar da exigência do MS, preconizando-a como conduta a ser implementada. A abordagem individualizada e compartilhada com a mulher deve ser cada vez mais valorizada pelos profissionais de saúde na acolhida.

Trajetória de Dália

Dália é uma das participantes do GF de UAPS tradicional. A entrevistada tem 71 anos, é do lar e conselheira local de seu bairro. Dália tem conhecimento sobre o câncer em virtude do convívio com pessoas de seu convívio que morreram vitimadas pelo CM, inclusive sua mãe. Ao falar sobre a doença, expressou a importância do *sigilo*, como algo quase contagioso do qual tem profundo medo.

Esse sentimento remete à necessidade de se desmitificar o estigma do câncer associado à morte e ao medo, que tem impulsionado as pessoas a deixarem de procurar os serviços de saúde, em razão da possibilidade de encontrar um diagnóstico não desejável, como afirma Castro.¹⁸ Com isso, a busca por ações preventivas ou de diagnóstico precoce, como no caso do CM, pode ficar comprometida (Figura 3, seta 1): “[...] Hoje eles fala, mas, antigamente, o médico era proibido falar mesmo, entendeu?” (Dália).

Na busca por cuidados de saúde, Dália relatou ser a UAPS do bairro sua unidade de referência, revelando a fila como empecilho no acesso ao serviço de saúde: “Se quiser conseguir ficha, tem que ir para fila às 4 horas da manhã, pois às 6 já completou o quadro” (Dália). Essa realidade referendada também por Dália vai ao encontro de Pontes et al.,¹⁹ para os quais, quando se aborda a universalidade do acesso ao sistema, o senso comum destaca a *fila*, condição para obter atendimento de saúde, como barreira a ser vencida.

Prosseguindo a lógica desses estudos, para Novaes e Mattos¹⁷, outro possível fator contribuinte para a não realização da mamografia, nesse segmento etário, pode ser a existência de patologias comuns no envelhecimento, que

se tornam prioritárias em relação à detecção precoce do CM. No caso de Dália, ela é diabética e faz controle com o médico da UAPS há mais de dez anos.

Outro aspecto importante observado na trajetória de Dália foi a valorização do especialista como profissional *capaz* de resolver os problemas de saúde. A presença do ginecologista, e não de uma equipe de saúde, reforça essa visão em questão, além de o foco do cuidado centrar-se na doença e no uso de medicamentos (Figura 3, seta 2).

Tal compreensão do cuidado pauta-se no diagnóstico e na terapêutica da doença, em detrimento de ações de prevenção. O fato de Dália entender o cuidado em saúde apenas pelo uso de medicamentos pode estar associado, além da experiência com a doença, à referência a um serviço de saúde cuja organização é tradicional, ou seja, com atenção focada na consulta médica de abordagem curativa. Observa-se, nesse sentido, certa negação a outras formas de cuidado: “[...] só tomo remédio que médico passar, nada de chás [...]” (Dália).

Outro aspecto a ser ressaltado é que, embora a legislação brasileira permita que outros profissionais, como enfermeiros, possam contribuir para o acesso das mulheres à detecção precoce do câncer de mama, solicitando exames em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde,²⁰ ainda é difícil a descentralização da figura do médico.

Quanto aos aspectos da prevenção do CM, a usuária relatou que não faz nenhum exame preventivo nem mamografia, quer seja pela percepção que traz da doença, quer seja pela conduta dos profissionais de saúde de não solicitar o exame.

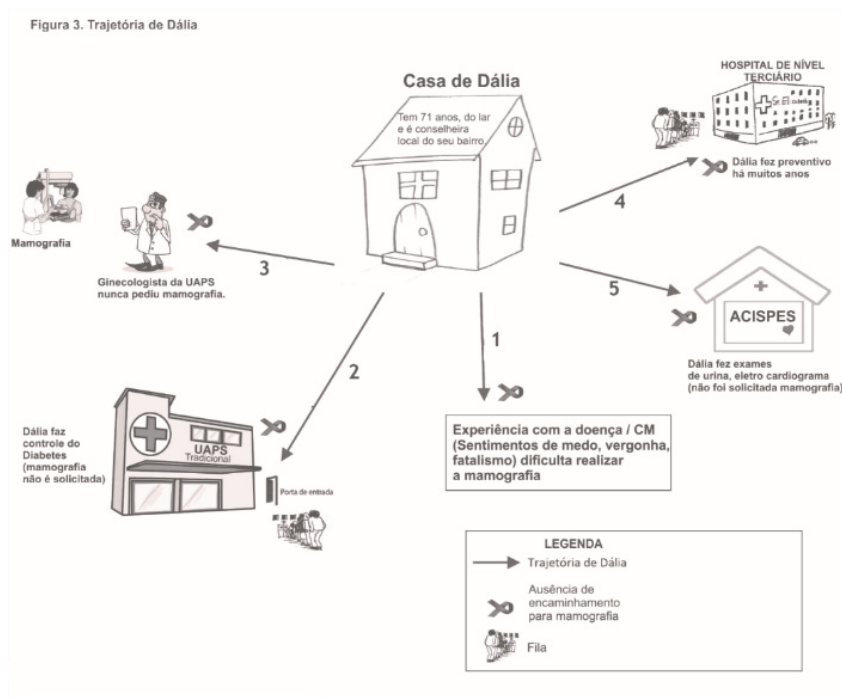
Quanto ao autoexame e ao preventivo, de acordo com Dália, o primeiro é feito, mas não frequentemente, e o segundo não é feito há muitos anos. Ressalta-se que ela, embora já houvesse consultado num hospital especializado em tratamento de câncer, ao qual o médico da UAPS de seu bairro a encaminhou para fazer preventivo, não conseguiu fazer a mamografia. Ou seja, o exame mamográfico de Dália não foi realizado na UAPS, onde era atendida por um ginecologista, nem no referido hospital, mesmo com o encaminhamento. Dessa forma, o profissional de saúde teria desperdiçado a oportunidade de abordá-la de maneira integral, uma vez que Dália pertence a um grupo etário com indicação para realização do exame (Figura 3, seta 4).

Quanto às redes de apoio e sustentação de Dália, elas apresentam aspectos diferentes das demais mulheres deste estudo, dado que ela, no papel de conselheira, é apoiadora de muitas pessoas da sua comunidade, acompanhando-as em consultas na cidade (referindo-se à Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra – ACISPES –,

serviço vinculado a um dos consórcios intermunicipais e que compõe a rede do SUS) (Figura 3, seta 5). Embora faça parte da rede de apoio dessas pessoas, ela mesma não

tem o caminho *facilitado*, por um amigo ou funcionário, para a realização dos exames preventivos do CM, como apontado nas histórias de Jasmim e Azaleia.

Figura 3 - Trajetória de Dália.



Fonte: dados da pesquisa.

Na busca pela realização da mamografia, Dália defrontou-se com alguns dificultadores de acesso em todas as unidades de saúde por onde passou: agendamento de local da mamografia distante de sua casa; risco de não ser atendida pelo médico em caso de atraso para a consulta; fila.

Dentre essas questões, a oferta de mamografia no município de Juiz de Fora atende às normas da Portaria nº 1.101²¹, em termos de número de equipamentos (quatro que atendem ao SUS, quando a necessidade seria de 2,1²²) e de habitantes (um mamógrafo para cada 240 mil). Esses dados confirmam a posição da OMS, segundo a qual, o Diagnóstico tardio do CM pode estar relacionado com a baixa capacitação dos recursos humanos para a atenção oncológica, com a capacidade de absorver a demanda nas unidades de saúde, com a dificuldade de estabelecimento de linhas de cuidado e com dificuldade de acesso da população feminina aos serviços de saúde.¹²

Resultado de outros estudos corroboram os achados da presente investigação. A associação entre a distância do mamógrafo e a realização prévia de mamografia foi investigada no sul do Brasil: nos municípios onde os mamógrafos são distantes dos locais de residência das usuárias, a prevalência de não realização prévia do exame foi de 51,3%, contra 44,2% dos municípios onde os mesmos são próximos. Esse índice desperta para a necessidade de melhoria do acesso das mulheres ao rastreamento do câncer de mama.²³

Como a referência de serviço para Dália é a UAPS tradicional, sua organização reforça essas questões: apesar do aparente conhecimento dela acerca dos fluxos formais dos serviços de saúde, por ser conselheira de saúde do bairro, esse movimento de idas e vindas não lhe garantiu sucesso para fazer a mamografia. Nesse sentido, nos limites estritos da pesquisa, parece confirmar-se a existência de uma lacuna entre os usuários e os serviços de saúde, o

que contribuiria para o baixo índice de cobertura referente aos exames preventivos.

CONCLUSÃO

O estudo propiciou dar visibilidade às trajetórias empreendidas por mulheres, valorizando a perspectiva das mesmas em relação à prevenção e detecção do CM, entrelaçando as três dimensões de análise: representação da doença e experiência de busca de cuidados; organização dos serviços; e as redes de apoio e sustentação. Foi possível captar que há uma forte tensão entre as três, desenhando trajetórias de buscas que, muitas vezes, são externas à organização formal do sistema, declarando fragilidades na rede de atenção à saúde.

Vale ressaltar que a realização da mamografia é originariamente um direito da mulher, porquanto o serviço de saúde deva garantir a efetividade deste direito, responsabilizando-se pela atenção integral às mulheres, incluindo as medidas preventivas em saúde. Nesse sentido, a prática profissional deve ser prioritária, no sentido da responsabilidade de captação dessas mulheres, especialmente em um sistema em que a saúde é considerada um direito público, de cidadania. Cabe, portanto, ao profissional a responsabilidade de solicitar exames, tendo em vista sua importância para a manutenção da saúde da mulher e, especificamente neste estudo, a mamografia para o diagnóstico precoce do CM.

O trabalho contribui, em certa medida, para o debate crítico acerca da lógica das campanhas, da organização dos serviços e das práticas profissionais, resguardando o compromisso do direito e da corresponsabilidade no alcance da integralidade da assistência no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Incidência de câncer no Brasil: estimativa 2014. Rio de Janeiro: Inca; 2014.
2. Brasil. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Diário Oficial da União, Brasília, 30 abr. 2008. N. 82, Sec. 1, p. 1.
3. Silva GA, Teixeira MTB, Aquino EML, Tomazelli JG, Silva IS. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(7):1537-50.
4. Araújo LFS, Bellato R. Itinerários terapêuticos na abordagem de experiências de cuidado no ensino de enferma-

gem. Referência. 2011; 2(Suppl.):492.

5. Universidade Federal de Juiz de Fora. Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde. Inquérito de Saúde no Município de Juiz de Fora-MG: relatório técnico. Juiz de Fora; 2011. Trabalho não publicado.
6. Nehme FC. Cobertura e fatores associados aos exames preventivos mamários em idosas da região norte de Juiz de Fora [dissertação]. Juiz de Fora: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011. 82f.
7. Sontag SA. Doença como metáfora. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
8. Dundar PE, Ozyurt BC, Erdurak K. Sociodemographic determinants of nonattendance in a population-based mammography screening program in the city of Manisa, Turkey. ScientificWorldJournal. 2012; 2012:816903.
9. Santos GD, Chubaci RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). Ciên. Saúde Colet. 2011; 16(5):2533-40.
10. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2015.
11. Nabão FRZ, Maruyama SAT. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. Rev. Eletrônica Enferm. 2009; 11(1):101-9.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Lages RB, Oliveira GP, Simeão Filho VM, Nogueira FM, Teles JBM, Vieira SC. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011. Rev. Bras. Epidemiol. 2012 dez.; 15(4):737-47.
14. Wang JH, Mandelblatt J, Liang W, Yi B, Ma I-J, Schwartz MD. Knowledge, cultural, and attitudinal barriers to mammography screening among nonadherent immigrant Chinese women: ever versus never screened status. Cancer. 2009 Oct; 115(20):4828-38.
15. Soares JL, Araújo LFS, Bellato R, Corrêa GHLST. Considerações sobre o vínculo em saúde na trajetória de

busca por cuidado de idosa e família. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.* 2013; 5(4):583-90.

16. Almeida OJ, Zeferino LC. Rastreamento do câncer de mama na mulher idosa. *Rev. Bras. Cancerol.* 2013; 59(4):555-7.

17. Novaes CO, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à não utilização de mamografia em mulheres idosas. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(2):310-20.

18. Castro R. Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. *Rev. Bras. Cancerol.* 2009; 55(1):41-8.

19. Pontes APM, Oliveira DC, Cesso RGD, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2009; 13(3)500-7.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 195, de 18 de fevereiro de 1997. [Internet]. 1997 [Citado 2015 out. 31]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html>.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2002 jun. 13. N. 112, Seção 1, p. 36.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde: CNES - Recursos Físicos - Equipamentos - Minas Gerais. [Internet] Brasília: MS; 2011. [Citado 2012 nov. 28]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipomg.def>>.

23. Renck DV, Barros F, Domingues MR, Gonzalez MC, Scowitz ML, Caputo EL, et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(1):88-96.

Submissão: janeiro de 2016

Aprovação: junho de 2017
