

Medo e Risco: percepção das mulheres em relação ao câncer de mama e a mamografia

PRISCILA DOS ANJOS MORAES *

Introdução

Este trabalho busca analisar como foi construída a percepção das mulheres sobre a o câncer de mama e a mamografia no Brasil. Objetivamos compreender como o processo de difusão da idéia de diagnóstico precoce e do risco impactou as mentalidades das mulheres. Nesse aspecto, as políticas públicas e a inserção da tecnologia na saúde pública possuem estreita vinculação com as demandas sociais e as percepções desenvolvidas pelas mulheres acerca do câncer de mama e da mamografia.

Estudos recentes veem mostrando que as preocupações médicas com o câncer no Brasil se iniciam nos primeiros anos do século XX, mas que somente na segunda década desse século surgiriam as primeiras instituições voltadas para o tratamento da doença no Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte. Em relação à saúde pública, foi no final da década de 40, quando da criação do Serviço Nacional do Câncer e do maior desenvolvimento do Instituto do Câncer (hoje INCA), que a doença passou a ser objeto de maiores preocupações (TEIXEIRA, 2010).

No que tange aos cânceres femininos, observamos que as maiores mudanças concentram-se em meados do século passado, quando instituições públicas como o Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil, Hospital Aristides Maltes (Salvador) e Instituto de Ginecologia da Universidade de Belo Horizonte criam ambulatórios preventivos para cânceres femininos, onde as mulheres efetuavam consultas ginecológicas gratuitas com exames preventivos de câncer de colo do útero (TEIXEIRA e LOWY, 2011)

As ações para o controle dos cânceres femininos no Brasil tiveram como base as instituições públicas ou algumas poucas instituições filantrópicas que criaram postos semelhantes ao acima observados. Fora essas instituições, os consultórios ginecológicos privados também se preocupavam com o diagnóstico precoce da doença. Esse processo é diametralmente oposto ao observado em outros países. Nos EUA, por exemplo, num espaço profissional dominado por homens, as mulheres lideraram movimentos de tomada de consciência sobre o câncer, e elaboraram campanhas educativas e da defesa da bandeira da importância do diagnóstico precoce para aumento da possibilidade real de cura para a doença. Em alguns países europeus, como a França, a criação de ações contra a doença também não se restringiram a área estatal, estando fortemente ligada à iniciativa de mulheres.

Esses movimentos, observados em outros países, estiveram relacionados principalmente aos cânceres de mama e do colo de útero, e começaram a se estruturar ainda na década de 1920.

* Graduada em História, Mestranda em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS/COC/Fiocruz). Orientador: Dr. Luiz Antônio Teixeira.

No Brasil, de forma diferente, até meados do século XX a participação feminina em relação ao câncer se restringiu às atividades ligadas à filantropia e à assistência aos pacientes considerados incuráveis. A partir desse período, surgiram nas principais cidades do país diversas ligas femininas direcionadas ao câncer que além da busca de fundos procurava ampliar os cuidados com as doentes e, principalmente produzir material educativo para a prevenção da doença. Somente em meados da década de 1970, no contexto da tímida retomada dos movimentos sociais – a época sufocados pela ditadura – os grupos feministas vão começar a busca por ações mais efetivas contra a doença no âmbito da concepção de uma saúde integral da mulher.

No que tange às medidas de saúde pública para o controle dos cânceres femininos, as primeiras campanhas locais de rastreamento do câncer de colo de útero surgem em Campinas e na Capital de São Paulo na década de 1970. Na década seguinte (1984) seria criado no âmbito do governo federal o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha como um de seus objetivos a ampliação das ações educativas e o apoio a projetos estaduais de detecção ao câncer de colo do útero e de mama. Três anos depois seria criado o Pro-Onco que visava apoiar ações para o controle de diversos tipos de câncer, através de parcerias entre o governo federal, as secretarias estaduais e municipais de saúde, as universidades e hospitais de câncer.

O ano de 1990 constitui-se um marco na Saúde no Brasil. Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, é em 1990 que ocorre a regulamentação da organização e funcionamento dos serviços do SUS, bem como a regulamentação da participação da comunidade na gestão o SUS e das transferências intergovernamentais de recursos, e em especial a implantação do Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Informações Ambulatórias¹.

Em 1991 é fundada a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, sendo uma articulação política nacional do movimento de mulheres, feminista e antirracismo, que²:

Desde a sua criação, a metodologia de trabalho da Rede Feminista vem envolvendo ações e incidência política junto às diferentes instâncias públicas do país visando garantir o acesso e assistência à saúde integral das mulheres e assegurar os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos das mulheres. O advocacy e o controle social na área da saúde, enfatizando a perspectiva feminista, se revelam prioritários no trabalho da Entidade.

Coordena a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Nacional de Saúde – CNS, integra a Comissão Executiva de Monitoramento do Pacto Nacional

¹ http://157.86.8.13/sus20anos/index.php?option=com_content&view=article&id=54:a

² <http://www.redesaude.org.br/home/institucional.php>

pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tem assento no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e no Conselho do Observatório Brasil de Igualdade de Gênero, é uma das redes parceiras do projeto Observatório pela Aplicação da Lei Maria da Penha. Integra a Coordenação da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais – Plataforma DhESCA/Brasil e a titularidade da Relatoria Nacional do Direito Humano à Saúde. Tem assento na Comissão Nacional de Morte Materna e na Comissão de Articulação dos Movimentos Sociais.

A partir de 1995 – num novo contexto de saúde pública, determinado pela criação do Sistema Único de Saúde, e como efeito das demandas do movimento feminista, reforçadas pela participação do Brasil na VI Conferência Internacional da Mulher – o Ministério da Saúde organizou um projeto para uma grande campanha de rastreamento de câncer cervical com base em exames citológicos.

Esta campanha, gerenciada pelo INCA, levou à realização do Projeto Piloto Viva Mulher entre janeiro de 1997 e junho de 1998, sendo transferida para o governo federal em 1998, e transformada em uma ação nacional para o controle dos cânceres de mama e de colo do útero. Nos anos seguintes, a partir de várias alterações em suas diretrizes, o Viva Mulher transformou-se em um programa permanente de controle dos cânceres de mama e de colo de útero.

Recentemente no âmbito do programa foi lançado um plano de ação para fortalecer o Viva Mulher. As ações relacionadas ao câncer de mama, que serão desenvolvidas até 2014, visam à ampliação do acesso aos exames de rastreamento da doença com qualidade, em especial a mamografia. O objetivo principal é reduzir o tempo entre o diagnóstico e o tratamento da doença, de forma a diminuir a mortalidade.

Em maio de 2004 o PAISM, após uma série de revisões e discussões técnicas torna-se uma política de âmbito nacional, constituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), sendo voltada para as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais como mulheres negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, dentre outras (BRASIL, 2004). O objetivo específico número 6 indica a redução da morbimortalidade por câncer na população feminina (BRASIL, 2004).

Em 2008 a Sociedade Brasileira de Mastologia publica seu documento de consenso que consta que³:

³ http://www.sbmastologia.com.br/downloads/reuniao_de_consenso_2008.pdf

Diversos estudos de âmbito mundial demonstraram que a realização da mamografia periódica em mulheres assintomáticas tem impacto importante na redução da mortalidade.

Embora a maioria dos estudos tenha demonstrado, de maneira mais clara, a redução da mortalidade nas pacientes acima de 50 anos, existem algumas publicações que mostram a redução da mortalidade, também, nas pacientes da faixa etária de 40-49 anos. Esta redução de mortalidade varia de 30 a 49% segundo os vários estudos relatados.

De acordo com Tabar, observa-se, na atualidade, uma redução de 50 % na mortalidade pelo câncer de mama em relação ao período pré-rastreamento.

Intervalos longos de rastreamento impedem um diagnóstico mais precoce em pacientes com câncer de mama de crescimento rápido.

Recomendações:

1) A mamografia deve ser realizada anualmente em mulheres assintomáticas a partir dos 40 anos.

2) A mamografia pode ser realizada anualmente em mulheres de alto risco após 35 anos.

3) A mamografia pode ser realizada anualmente em mulheres com predisposição genética após os 25 anos.

4) Os benefícios do rastreamento mamográfico são superiores ao teórico risco da radiação.

5) Deveremos oferecer o rastreamento às mulheres idosas enquanto tiverem condição de se locomover aos centros de atenção a saúde e de receber tratamento

O Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, promovido pelo INCA em 2009 reuniu representantes do Ministério e das secretarias estaduais de Saúde, do movimento organizado de mulheres e de instituições ligadas ao controle do câncer, com objetivo de conhecer a experiência de programas bem-sucedidos em diversos países. O resultado foi um resumo executivo com recomendações para implantação de programa organizado de rastreamento do câncer de mama. Em julho do mesmo ano é implantado o SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama, que conjuntamente com o aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde e a publicação de uma série de documentos vêm dinamizando a organização das ações de controle⁴.

Entre 1999 e 2009 houve um aumento do número de mamógrafos de 1.3 para 2.2 por 100 mil habitantes⁵.

Porém em estudo divulgado em 2012 o Ministério da Saúde verificou que embora existissem no Brasil 1.535 mamógrafos que prestam serviço ao SUS, 16% não estavam em funcionamento. Mesmo assim, houve crescimento de 24% no número de mamografias no grupo de 50 a 69 anos. Apesar disso, o governo atingiu, em um ano, apenas 50% da meta estabelecida para exames em pessoas na mesma faixa etária. A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) contribuiu para a realização do estudo, e de acordo com o vice-

⁴ http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_ma_ma/historico_acoes

⁵ <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=Z01&tab=1>

presidente da SBM para a região Centro-Oeste, Rodrigo Pepe o governo precisa agora identificar os motivos pelos quais a meta de atendimento não está sendo alcançada, pois para ele "a maioria das pacientes do SUS apresenta quadro clínico avançado quando o tumor é descoberto, enquanto na rede privada vemos o oposto".⁶

Em 31 de outubro de 2012 o Ministério da Saúde publicou a portaria que criava o Programa de Mamografia Móvel, com o objetivo de ampliar a assistência oncológica no país, sobretudo para mulheres carentes com idade entre 50 e 69 anos. O programa consiste

na liberação de unidades oncológicas móveis terrestres e fluvial (carretas ou barcos) que vão percorrer locais considerados estratégicos nos municípios, definidos pelas secretarias de Saúde. A estimativa é que essas unidades tenham capacidade de fazer até 800 mamografias por mês.

Cada unidade contará com um técnico em radiologia e deverá ser equipada com pelo menos um mamógrafo entre as seguintes opções: mamógrafo com comando simples, mamógrafo com estereotaxia e mamógrafo computadorizado. Dependendo da estrutura do serviço, o gestor também poderá disponibilizar um médico radiologista, um mastologista ou um ginecologista obstetra.

De acordo com o ministério, a ideia é que a mulher seja encaminhada ao serviço, preferencialmente, por meio das unidades básicas de saúde. "O gestor local deverá estar preparado para atender às mulheres que apresentarem alterações mamárias, prestando atendimento via atenção básica, com encaminhamento aos serviços especializados de diagnóstico e tratamento", informou.⁷

Nota-se que o movimento feminista possui grande influencia na construção de políticas públicas voltada à saúde das mulheres, em especial o câncer de mama, e que é reforçado pelos representantes médicos, em especial pela Sociedade Brasileira de Mastologia, principalmente no tocante ao uso da mamografia na detecção precoce do câncer de mama.

Tais pressões acabam se refletindo nas políticas públicas de ampliação do número de mamógrafos por habitantes, leis, portarias, nas campanhas e documentos educativos do Ministério da Saúde.

No entanto, embora aparentemente haja consenso com relação ao uso da mamografia, este parece ter sido fabricado em meio a lutas e discussões científicas nas quais as visões contrárias ao uso da mamografia são sufocadas pelo requinte da técnica e do consumo das novidades tecnológicas em medicina (CORREIA, 2012). Nesse turbilhão de informações, os movimentos sociais se tornam mais um ator de cobrança do Estado para aquisição e implementação das novidades tecnológicas.

⁶ <http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama/cirurgia-cancer-de-mama/situacao-dos-mamografos-sus-54.htm>

⁷ <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-10-31/portaria-que-cria-programa-de-mamografia-movel-e-publicada-no-diario-oficial-da-uniao>

Objetivos:**Objetivo Geral:**

- Identificar as percepções das mulheres acerca do câncer de mama e da mamografia;

Objetivos Específicos:

- Identificar as percepções das mulheres acerca do diagnóstico precoce do câncer de mama;
- Identificar as percepções das mulheres acerca da utilização da mamografia como técnica de detecção precoce do câncer de mama;
- Identificar o medo e as percepções de risco das mulheres acerca do câncer de mama e da mamografia.
- Identificar as diferenças geracionais nas percepções das mulheres acerca do câncer de mama e da mamografia.

Justificativa

Apesar de sua elevada frequência e das trágicas consequências, os cânceres de mama e colo de útero só começaram a ser percebidos como um problema de saúde de elevada importância a partir da década de 1970, quando no âmbito das transformações sociais que passava o país, o papel social das mulheres começou a se modificar, ao mesmo tempo em que novas tecnologias médicas de exames e tratamentos pareceram dar novos alentos na luta contra a doença.

Tendo em vista tudo que dissemos, esse projeto se justifica pela importância do tema no campo da saúde e por sua originalidade no que tange aos estudos históricos. Vários trabalhos no campo da história das doenças vêm tematizando doenças específicas, sendo o câncer uma delas. No que tange as políticas de saúde, observamos o mesmo processo principalmente em relação as doenças epidêmicas. Febre amarela, malária e tuberculose, por exemplo, foram alvos de estudos clássicos nesse campo. Somente nos últimos anos começaram a surgir estudos de caráter histórico direcionados ao câncer, por exemplo, os trabalhos desenvolvidos no âmbito do Projeto “História do Câncer: atores, cenários e políticas públicas”⁸.

Nesse sentido, compreender as percepções das mulheres acerca do câncer de mama e da utilização da mamografia como técnica de detecção precoce, bem como as diferenças entre gerações, sob uma perspectiva de consumo da tecnologia, avanço da medicina, do medo e do

⁸ <http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/>

risco torna-se ímpar para compreensão do papel das mulheres como atores sociais no processo do controle do câncer de mama.

Metodologia

O presente projeto tem interesse pela percepção das mulheres acerca do Câncer de Mama e da mamografia no Brasil.

As fontes de pesquisa são divididas em dois grupos:

- Documentais: os documentos oficiais do Estado Brasileiro (Leis, Decretos, Programas e Campanhas) e material educativo produzido pelas Instituições Estatais relativas ao Câncer de Mama; documentos e materiais educativos da Sociedade Brasileira de Mastologia, documentos e materiais educativos da Rede Feminista.
- Entrevistas com mulheres, de diferentes gerações, que realizaram mamografia.

A metodologia empregada para esta pesquisa consiste no levantamento de material bibliográfico e documental relacionados ao câncer de mama e a mamografia, sua análise e organização a partir de categorias específicas elaboradas nos primeiros momentos do projeto. Com relação às entrevistas, a metodologia empregada pretende avaliar os discursos das mulheres acerca do medo do câncer de mama, bem como as ações e percepções para detecção precoce, em especial a mamografia.

Para orientar a pesquisa será utilizado o enfoque da História Cultural que de acordo com Chartier (1990) procura identificar como em diferentes lugares e momentos uma realidade social é construída, pensada e dada a ler. Assim, a História Cultural deve ser entendida como o estudo dos processos com os quais se constrói um sentido, uma vez que as representações podem ser pensadas como “esquemas intelectuais, que criam as figuras graças às quais o presente pode adquirir sentido, o outro tornar-se inteligível e o espaço ser decifrado” (CHARTIER, 1990, p.17).

Assim, o presente projeto insere-se na linha de pesquisa “História das Políticas, Instituições e Profissões em Saúde” no aspecto em que pretende avaliar a documentação oficial acerca do câncer de mama em seu contexto histórico de lutas políticas e movimentos sociais como o movimento feminista e de redemocratização do país, bem como o avanço científico e tecnológico acerca do tema. Atenta-se, em especial, para o discurso das mulheres que realizaram mamografia, seus medos acerca do câncer de mama bem como a compreensão do risco e dos métodos de detecção precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. **Viva Mulher. Câncer de cólo de útero:** informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: 2002.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004.

CHARTIER, Roger. **A História Cultural:** entre práticas e representações. Tradução Maria Manuela Galhardo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990. 245p.

CORREIA, Ronaldo. **Evidências científicas e análise comparada de programas de rastreamento:** elementos para a discussão das condições essenciais para o rastreamento organizado do câncer de mama no Brasil. Tese de Doutorado (Saúde Pública). ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012.

IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico – 2010.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro, 2011.

MESQUITA, C.C. **Saúde da mulher e redemocratização:** idéias e atores políticos na história do PAISM. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. 157 f. Rio de Janeiro, 2010.

TEIXEIRA, L. A. ; LÖWY, I . Imperfect tools for a difficult job: Colposcopy, colpocytology and screening for cervical cancer in Brazil. **Social Studies of Science**, v. 41, p. 585-608, 2011

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** (Impresso), v. 17, p. 13-31, 2010.