Joselito Santos
Vânia de Vasconcelos Gico

AMiGO DO PEITO

Um Centro de Referência que cuida da mulher com CÂNCER DE MAMA

Editora da UFRN

ces Centro de Estudos Sociais
Laboratório Associado
Universidade de Coimbra

AMIGO DO PEITO

Um Centro de Referência que cuida da mulher com CÂNCER DE MAMA

Joselito Santos
Vânia de Vasconcelos Gico

AMIGO DO PEITO

Um Centro de Referência que cuida da mulher com CÂNCER DE MAMA

EDUFRN Editora da UFRN
NATAL/RN

ces Centro de Estudos Sociais Laboratório Associado Universidade de Coimbra
COIMBRA/PT

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Reitora
Ângela Maria Paiva Cruz

Vice-Reitora
Maria de Fátima Freire de Melo Ximenes

Diretora da EDUFRN
Margarida Maria Dias de Oliveira

Vice-diretor da EDUFRN
Enoque Paulino de Albuquerque

Conselho Editorial
Cipriano Maia de Vasconcelos (Presidente)
Ana Luiza Medeiros
Humberto Hermenegildo de Araújo
John Andrew Fossa
Herculano Ricardo Campos
Mônica Maria Fernandes Oliveira
Tânia Cristina Meira Garcia
Técia Maria de Oliveira Maranhão
Virgínia Maria Dantas de Araújo
Willian Eufrásio Nunes Pereira

Editor
Helton Rubiano de Macedo

Supervisão editorial
Alva Medeiros da Costa

Capa
Plena Comunicação

Revisão
Sandra Câmara

Editoração eletrônica
Terceirize Editora

Copyright © Joselito Santos e Vânia de Vasconcelos Gico.

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Santos, Joselito.
AMIGO DO PEITO: Um Centro de Referência que cuida da mulher com CÂNCER DE MAMA / Joselito Santos, Vânia de Vasconcelos Gico. – Natal, RN: EDUFRN; Coimbra, Pt: CES, 2013. (Coleção BOA-VENTURA, 1).
304 p.

ISBN 978-85-425-0110-0

1. Mama – Câncer – Paraíba. 2. Mulheres – Câncer – Paraíba. I. Gico, Vania de Vasconcelos. II. Título

CDD 618.19
RN/UF/BCZM 2013/37 CDU 618.19-006-055.2(813.3)

Realizado Depósito Legal desta obra, conforme Lei 10.994, de 14/12/2004.

PRÓLOGO

O GRUPO BOA-VENTURA

Meu trabalho é um apelo ao saber
com consciência da nossa ignorância
(Boaventura de Sousa Santos).

A célula *mater* do *Grupo de Estudos BOA-VENTURA* germinou na Base de Pesquisa Cultura, Política e Educação, atualmente Grupo de Pesquisa, para se adequar a terminologia do CNPq/UFRN[1], vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Centro de Ciências Humanas Letras e Artes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Em 2007, outros Grupos de Estudo estruturaram-se em Natal em Mossoró, mas nem todos se consolidaram, embora naquele momento fossem muito importantes para o fortalecimento da célula inicial da UFRN.

Desde 1996, componentes do *Grupo de Estudos BOA-VENTURA* vinham estudando obras do Professor Boaventura de Sousa Santos adotados nos cursos de Ciências Sociais da UFRN, sendo o, livro "Pela mão de Alice"[2], o pioneiro destas leituras recomendadas por alguns professores, tanto na graduação como na pós-graduação.

1 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. **Resolução nº. 162** - CONSEPE, de 18 de novembro de 2008. Estabelece normas para criação, registro e funcionamento de Grupos de Pesquisa na UFRN. Disponível em: <http://www.propesq.ufrn.br/grupos/index>. Acesso em: 13 jul. 2013.

2 SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

Os primeiros referidos abordavam temáticas das condições de Trabalho, seguindo-se das abordagens sobre Universidade. Em 2003, no segundo semestre, a disciplina Saúde e Sociedade tinha entre seus objetivos "contextualizar e globalizar informações" sobre as Ciências da Saúde para entender a articulação entre o contexto social e as políticas de saúde no Brasil. O curso estava sendo ministrado para pós-graduandos em Ciências da Saúde e em Ciências Sociais, o que, por si só, já era um exercício transdisciplinar. Buscou-se bibliografia de autores brasileiros e de outros países, recaindo a escolha entre os segundos, no livro "A globalização e as Ciências Sociais" [3], cujo autor era Boaventura Santos. O livro despertou um grande interesse, pois, chamava atenção para questões que poderíamos interpretar também sobre o Brasil. Concluído o curso, indicou-se entre as recomendações, o prosseguimento da leitura da obra de Boaventura Santos, a partir de um Grupo de Estudos. Assim formalizou, em 2004, o *Grupo de Estudos BOA-VENTURA*.

O nome BOA-VENTURA para o grupo, além de se constituir uma metáfora, seria uma ventura boa, ou seja, nos daria muita sorte, buscaríamos reflexões que nos ajudassem a um posicionamento cidadão na vida universitária e pessoal, a partir dos nossos estudos. Não temos dúvida de que fomos bem aventurados, pois de lá para cá não paramos mais de estudar e nos encontrar, e a cada dia, mais estudiosos reúnem-se aos nossos propósitos e nos ajudam a levar avante uma maior capacitação para leituras acadêmicas e leituras de mundo.

Do encontro com o outro sempre aprendemos que a alteridade nos enriquece, especialmente quando tal convivência é duradoura e prolonga-se por extensos períodos como é o caso do *Grupo de Estudos BOA-VENTURA* que, em 2014, completa 10 anos. Fundado em 27 de março de 2004, com o objetivo de discutir o pensamento de Boaventura de Sousa Santos, visando compreender o seu itinerário teórico-metodológico, articulando-o com as ideias de outros autores, para promover um diálogo entre os conceitos que viessem a ser apropriados pelo grupo.

---

3 SANTOS, Boaventura de Sousa. (Org.). **A globalização e as Ciências Sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

Em agosto de 2006, quando o Professor Boaventura Santos esteve na UFRN, consolidou-se, através de acordo de cooperação, o intercâmbio com o Centro de Estudos Sociais (CES), da Universidade de Coimbra (Portugal), coordenado pelo Professor Boaventura de Sousa Santos, um dos nomes mais expressivos das Ciências Sociais Contemporâneas, cuja obra vem sendo repositório basilar para os vários trabalhos desenvolvidos no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN, particularmente daqueles reunidos no *Grupo BOA-VENTURA*. Entre suas metas, o grupo vem sempre priorizando o intercâmbio nacional e internacional entre docentes, pesquisadores e discentes de graduação e pós-graduação; realizando a troca de experiências para o enriquecimento técnico, científico e cultural dos seus participantes, e participando conjuntamente de cursos, seminários, conferências, congressos, simpósios e outros eventos similares, o que muito tem contribuído para intensificar a produção bibliográfica do grupo a partir da publicação de artigos, livros e capítulos de livros, bem como outros tipos de material bibliográfico, inclusive incentivando a publicação conjunta entre as instituições parceiras, o que agora se efetiva mais enfaticamente, com o primeiro título publicado, "AMIGO DO PEITO: Um Centro de Referência que cuida da mulher com CÂNCER DE MAMA", de uma pretensa coleção que se inicia e que intitulamos "Coleção BOA-VENTURA".

Desse modo, os dez anos do Grupo de Estudo em 2014, nos motivou a publicar nossos trabalhos acadêmicos, e considerá-los como uma série de estudos que pudesse visibilizar nossas interpretações e estudos, resultado de seminários e encontros, além de um selo comemorativo, com a logomarca do Grupo, criada por Itamar de Morais Nobre, professor da UFRN e um dos componentes do Grupo.

A logomarca que está no selo, individualmente, e em conjunto no frontispício da capa deste livro e vai figurar em toda a coleção, foi criada, em maio de 2004, e teve como princípio de criação, associar as letras iniciais do nome BOAVENTURA DE SOUSA SANTOS. À direita observa-se a parte superior da letra "B" traçada em preto e a parte inferior da mesma letra traçada em vermelho. As duas unidas dão o formato à letra "B". Essa letra foi "espelhada", ou seja, invertida,

de forma que tivesse como consequência a formação de duas letras "S", mostradas, uma em cor vermelha e a outra em cor preta. Essa iniciativa proporciona que tanto a letra "B" como a letra "S" sejam percebidas em qualquer direção em que se encontre a marca, quando olhada, considerando as letras apontando para a direita ou esquerda. As cores em vermelho, preto e laranja unidas é uma tentativa de representação da diversidade, do multiculturalismo. Ao mesmo tempo em que se nota no centro das letras, em laranja, a representação de uma borboleta, símbolo da transformação.

Um grande número de estudiosos esteve conosco, nos ensinou e aprendeu muito do que somos hoje, enquanto pessoas associadas com um propósito comum de agregar docentes e discentes que estudam as temáticas de uma linha de pesquisa sob a orientação de vários docente. *O Grupo BOA-VENTURA* preocupa-se com as ideias em sentido *lato* e com a "elaboração intelectual" destas, em sentido *stricto*, portanto com a elaboração dos seus trabalhos acadêmicos, com a produção científica universitária, tendo como ponto de convergência aquilo que vem a ser a criação de "novas comunidades interpretativas" que subordinem o know-how técnico ao know-how ético, superando a instrumentalidade do conhecimento científico, instaurando uma nova dialógica. Considera-se, pois, que os grupos de estudo são células de aprendizagem cooperativa, entendendo que o cuidado de talhar e polir do *bricoleur,* como pensa Lévi-Strauss[4], é re-significado e renova-se a cada final dos trabalhos individuais; este momento é sempre um recomeço de outras ideias coletivas, pensamentos e investigação que vamos reelaborando.

Assim, muitos vão fazendo a sua avaliação pessoal, ponderando o grande prazer da convivência, da partilha, da amizade, do respeito, da dádiva de viver e pertencer ao grande conjunto de pessoas que acredita em melhores dias, em um país que possui um projeto de nação firmado na busca da igualdade e da justiça social para todos, sem perder a visão de uma cidadania planetária.

---

4 LÉVI-STRAUSS, Claude. A ciência do concreto. In: _____**O pensamento selvagem**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005. p. 15-49.

Podemos reafirmar que muito aprendemos em nossos papéis, ora como docentes, ora como discentes, educadores ou como simples humanos, mostrando todas as nossas imperfeições; muitos partilharam conosco sua 'quase infância', juventude, ideais e sonhos, e agora a sua maturidade, plenitude e realização profissional.

Portanto investimos no labor acadêmico, na elaboração de trabalhos intelectuais, na produção científica universitária, tendo como ponto de convergência, a ecologia das ideias, tendo em mente que "todo o conhecimento humano emerge do mundo da vida", como pensa Boaventura Santos (2004)[5], nosso parceiro dalém mar; assim, para o mundo da vida e pelo mundo da vida, vamos construindo nossa *performance*, compondo um berçário de ideias, retroalimentador do pensamento.

Entendemos que elaborar uma investigação significa posicionar-se teoricamente, mesmo porque a pretensa neutralidade científica há muito parece ter sido banida dos trabalhos intelectuais, favorecendo a discussão e reflexão sobre a construção de novas propostas de estudo que aspiram colaborar na construção do saber, religando-o ao cerne da questão, tanto na discussão do assunto quanto nas abordagens teórico-metodológicas, na busca da formação de mentalidades "capazes de organizar seus conhecimentos em vez de armazená-los por acumulação de saberes" (MORIN, 2002)[6].

Assim as abordagens das investigações levadas adiante pelos investigadores do *Grupo BOA-VENTURA,* a exemplo de muitos outros grupos desenvolvidos no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, sempre tiveram como horizonte o estudo de problemáticas locais religadas ao seu global, a uma visão do todo, embora delimitando uma parte, além de terem em mente a necessidade do rompimento da visão que se pretende única para explicar esse processo. Parte-se da noção de insuficiência paradigmática das verdades absolutas para a aposta no pensamento tecido em conjunto, complexo, como pensa Morin (1991)[7],

5 SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente**: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

6 MORIN, Edgar. **A religação dos saberes**: o desafio do século XXI. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. (Jornadas temáticas idealizadas e dirigidas por Edgar Morin).

7 MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

para as abordagens dos trabalhos na perspectiva transdisciplinar da ciência e do conhecimento, possibilitando uma dimensão de processo na construção tanto dos dados da pesquisa quanto da coleta e resultados da investigação.

Assim, nossos estudos exibem um referencial teórico baseado em aportes de autores clássicos e contemporâneos na direção das mais recentes discussões em voga na área do conhecimento das ciências humanas e sociais, como a religação dos saberes, defendida por Edgar Morin (2002) e as epistemologias do sul discutidas por Boaventura de Sousa Santos e Paula Menezes (2010)[8]. Particularmente, temos enfatizado entre as estratégias da pesquisa empírica, a cartografia simbólica proposta por Santos (2001)[9]. Entretanto, embora empregada largamente nesse grupo, tal estratégia vem sendo interpretada por cada um dos pesquisadores de acordo com as suas necessidades de pesquisa, enriquecendo-se a partir de cada nova temática, sem afastamento, portanto, dos seus princípios norteadores.

Por sua vez, o entendimento de "Epistemologias do Sul" discutidas por Santos significa o "conjunto de intervenções epistemológicas que denunciam a supressão dos saberes levada a cabo, ao longo dos últimos séculos, pela norma epistemológica dominante, valorizam os saberes que resistiram com êxito e as reflexões que estes têm produzido e investigam as condições de um diálogo horizontal entre conhecimentos. A esse diálogo de saberes, chamamos ecologia dos saberes" (SANTOS; MENEZES, 2010, p. 11-15). É preciso, pois: "Aprender que existe o sul. Aprender a ir para o sul. Aprender a partir do sul". Asseguram ainda Santos e Menezes (2010), que "toda a experiência social produz e reproduz conhecimento e, ao fazê-lo, pressupõe uma ou várias epistemologias".

Por assimilar várias das discussões propostas por Boaventura Santos ao longo da sua obra e a partir da metodologia criada para

---

8 SANTOS, Boaventura de Sousa Santos; Menezes, Maria Paula (Org.). **Epistemologias do sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

9 SANTOS, Boaventura de Sousa. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001. (Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática, v.1).

desenvolver os estudos do grupo, bem como das temáticas estudadas, acreditamos que o *Grupo BOA-VENTURA* está focando em direção as epistemologias do sul, principalmente quando se posiciona na contramão da colonialidade do saber eurocêntrico[10], pelo menos é o nosso propósito. Os estudos apontam para as temáticas da globalização contra-hegemônica, as epistemologias do sul, a sociologia das ausências, a crise do paradigma moderno (epistemicídios; conhecimentos rivais), as teses do paradigma emergente; o trabalho de tradução.

Nesse exercício em direção às epistemologias do sul, a metodologia de estudo desenvolvida pelo *Grupo BOA-VENTURA* ocorre em quatro dimensões, a saber: *a primeira*, numa dimensão coletiva o grupo reúne-se e discute a temática a ser estudada; a *segunda* em nível individual o participante faz suas leituras sobre a temática e vai buscando sedimentar-se em relação ao conceito que o autor atribui a cada ideia geradora da temática em estudo e em seguida, produz um resumo e um esquema com os principais tópicos das leituras feitas em forma de um glossário de ideias; a *terceira* dimensão é coletiva e nela cada participante apresenta sua compreensão sobre as leituras feitas e coloca para discussão do Grupo sua interpretação sobre a temática; a *quarta* e última dimensão é também coletiva e consiste de uma reflexão grupal sobre a temática estudada, avaliando-se a continuidade dela e o que poderá ser apropriado em termos conceituais da produção do Grupo para utilização em suas produções acadêmicas ou em outras atividades desenvolvidas pelo Grupo, dentre as suas metas traçadas coletivamente e reavaliadas a cada semestre letivo.

Importante enfatizar que os caminhos metodológicos delineados para sistematizar os estudos são permeados por uma lógica baseada na pedagogia de Paulo Freire[11], um dos maiores expoentes dos estudos da educação no Brasil e exterior, ao longo da sua obra, principalmente quando afirma que é preciso pensar o sul com uma

10 DUSSEL, Enrique. Europa, modernidade e eurocentrismo. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber eurocentrico** e ciências sociais. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 55-70.

11 FREIRE, Paulo; PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo educativo segundo Paulo Freire e Pichon-Rivière**. Tradução Lúcia Mathilde Endlich Orth. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991. (Seminário promovido e coordenado pelo Instituto Pichon-Rivière de São Paulo). (p. 27-39; 41-49).

pedagogia do sul[12]; nesse sentido os aspectos metodológicos dos estudos são pontuados pela tematização, discussão reflexiva, leituras, registros, divulgação e avaliação numa perspectiva dialógica. Sendo assim, a promoção dessas ações recursivas entre os participantes, possibilita trocas de saberes subjacentes às ideias em estudo, ao mesmo tempo em que amplia e aprofunda conceitos necessários à interpretação do pensamento de Boaventura Santos e da recorrência às obras de outros autores que fundamentam e subsidiam esse pensamento. Nessa bricolagem articulatória, ampliam-se para os participantes os conhecimentos sobre o pensamento dos autores estudados ao mesmo tempo em que seus próprios pensamentos são ampliados e vão se configurando nos temas estudados, geralmente suas dissertações e teses.

Postula-se dessa maneira que a apropriação dos estudos realize-se em uma linha metodológica dialogal e reflexiva promovedora do debate, não só sobre a ciência, mas também sobre a vida e o mundo em suas relações, trazendo aos participantes o exercício dos princípios éticos, humanos e sociais necessários à produção de um "conhecimento prudente, para uma vida decente" (SANTOS, 2004)[13] a partir do autoconhecimento.

Natal, 27 de julho de 2013
Vânia de Vasconcelos Gico.

12 FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança**: um encontro com a pedagogia do oprimido. 16. ed. São Paulo: Paz e terra, 2011.

13 SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente**: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

Prefácio

Esta obra que agora vos apresento é fruto da tese de doutoramento em Ciências Sociais intitulada Assistência a mulheres com câncer de mama em um centro de referência no estado da Paraíba, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Os textos aqui reunidos resultam de um esforço de pesquisa realizada junto a 196 mulheres com câncer de mama, com o objetivo de compreender como é realizada a assistência a mulheres com câncer de mama no referido centro, identificando suas dificuldades e satisfação com a assistência recebida. A partir da problematização da assistência à saúde e do papel do sistema de saúde, de seus agentes e de suas práticas, os autores Santos e Gico sistematizam um conjunto de reflexões que recuperam a necessidade de um pensamento integrador em torno do câncer de mama, que se constitui, entre nós, um sério problema de saúde e de morte feminina.

Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano, principalmente, na faixa etária após os 35 anos de idade, na qual sua incidência cresce rápida e progressivamente.[1] Associado a esse fator está o diagnóstico tardio da doença, ocasionado por

1 ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. Revista Brasileira de Cancerologia,v. 48, n. 1., p. 113-31, 2002.

uma política ineficaz de controle e rastreamento do câncer, que tem na mamografia, aliada ao exame clínico das mamas e ao autoexame, seus instrumentos fundamentais.[1-2]

No Brasil, o câncer é um grave problema de saúde pública, tanto em relação ao controle de casos registrados quanto a atividades de prevenção, situação socioeconômica e desigualdades regionais, além de ser considerado a segunda causa de morte no Brasil. Para o ano de 2010 foram esperados 49.240 novos casos de câncer de mama no Brasil, com um risco estimado de 49 casos para cada 100 mil mulheres. As taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.[1]

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 70% de todas as mortes de câncer ocorrem em países de baixa e média renda, onde os recursos disponíveis para prevenção, diagnóstico e tratamento são limitados ou inexistentes. Em 2005, 7,6 milhões de pessoas ou 13% de todas as mortes foram ocasionadas pelo câncer. A OMS estima que nove milhões de pessoas morrerão de câncer em 2015 e 11,4 milhões, em 2030[3]. Adverte, ainda, que, para se ter controle eficaz do câncer de mama são necessárias medidas que garantam um diagnóstico da doença nas fases iniciais, ressaltando, assim, a importância das ações de detecção precoce. De fato, essas estratégias de prevenção reduzem, significativamente, a mortalidade por câncer de mama e as repercussões físicas, psíquicas e sociais causadas por esse tipo de neoplasia.[3]

Diante das particularidades em relação ao tema, de sua elevada incidência e taxas de mortalidade, o câncer de mama precisa ser pensado em toda essa amplitude. Nessa perspectiva, a presente obra

---

2 GONÇALVES, L. L. C. *et al.* Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe. Revista de Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 12, n. 1, p. 47-54, 2012.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer: estimativa da incidência de câncer para 2010 no Brasil e nas cinco regiões. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>. Acesso em: 4 fev. 2010.

espera contribuir para o conhecimento de profissionais e gestores de saúde quanto aos aspectos gerais da doença, sobre as políticas públicas de saúde e a assistência à saúde da mulher no estado da Paraíba, comparando-os com dados nacionais e internacionais, a fim de favorecer uma melhor elaboração ou aplicação de medidas de detecção precoce, métodos diagnósticos, tratamento e assistência adequada, considerando a realidade local.

No Capítulo 2, *Considerações em torno da saúde-doença*, os autores abordam a complexidade do processo saúde-doença como uma interação dos laços biológicos, anatômicos, físico-químicos e socioculturais no qual o indivíduo encontra-se inserido. Nessa perspectiva, o câncer é evidenciado como uma doença relacionada à dimensão biológica e às mudanças sociais amplas, especialmente no contexto mundial da urbanização, industrialização e estilos de vida que caracterizam o mundo contemporâneo.

Acerca das *Políticas Públicas de saúde e a assistência à saúde da mulher*, Santos e Gico apresentam, no Capítulo3, os aspectos históricos das políticas de saúde no Brasil e a assistência à saúde da mulher, bem como a política de combate ao câncer de mama e as principais estratégias para controlá-lo. Avaliando todo o contexto histórico, percebe-se que houve uma evolução favorável, ao longo dos anos, das questões referentes à saúde da mulher. Entretanto, apesar de, atualmente, o Brasil desenvolver programas de atenção à saúde da mulher, elaborados pelo Ministério da Saúde e outros setores da sociedade, dispondo sobre os direitos femininos no que tange à sua saúde, ainda não possui um programa de rastreamento homogêneo, em relação à neoplasia mamária, totalmente eficaz.

Na perspectiva da análise da *Assistência a mulheres com câncer de mama em um centro de referência no estado da Paraíba* (Capítulo 4), os autores apresentam o perfil socioeconômico do grupo das mulheres estudadas, antecedentes acerca da doença do grupo de mulheres estudadas, seu conhecimento acerca dos direitos enquanto pessoas com câncer e os aspectos da assistência que recebem no sistema de saúde. Nesse contexto, buscam evidenciar a necessidade de se investir

no desenvolvimento de ações abrangentes para o controle do câncer de mama, como um rastreamento efetivo, que envolva diferentes níveis de atuação incluindo a promoção da saúde, a detecção precoce, a assistência aos pacientes, à vigilância epidemiológica, a formação de recursos humanos, assim como uma gestão satisfatória do Sistema Único de Saúde (SUS).

Enfim, o conteúdo aqui apresentado desperta à atenção, ensina e leva a refletir sobre as dificuldades enfrentadas na assistência por mulheres com câncer de mama ao longo de seu tratamento e a relação deste com a dinâmica assistencial que as envolve. No seio dessa dinâmica, define-se a forma de tratamento que as mulheres recebem e as inter-relações com o sistema de saúde no âmbito local, que ajudam a compreender muitos dos problemas que estão no seu entorno e que afetam a assistência à saúde das mulheres.

Natal - RN, 17 de fevereiro de 2013.
Luciana Araújo dos Reis

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 19

O *LOCUS* DE AÇÃO 22
O *FOCUS* TEÓRICO-METODOLÓGICO 25
RELIGANDO SABERES, REVISITANDO OUTRAS COLABORAÇÕES DE ESTUDO 31

CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA SAÚDE-DOENÇA 61

COMPLEXIDADE E DOENÇA 62
CONTEXTUALIZANDO A BIOMEDICINA 70

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER 93

POLÍTICAS PÚBLICAS E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER 99
POLÍTICA DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA 107

ASSISTÊNCIA A MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO ESTADO DA PARAÍBA 119

RESULTADO DOS DADOS DA PESQUISA COM A POPULAÇÃO ESTUDADA 119

1 Perfil socioeconômico do grupo de mulheres estudadas 119
2 Fatores antecedentes acerca da doença do grupo de mulheres estudadas 121
3 Conhecimento das mulheres acerca de seus direitos 138
3.1 Direitos sociais 140
3.2 Direitos de usuárias do SUS 143
4 Considerações acerca da assistência 147

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA PESQUISA COM A POPULAÇÃO ESTUDADA 149

1 DIMENSÃO I – Aspectos da assistência – o lado de cá do sistema 150
2 DIMENSÃO II – Outros aspectos da assistência – o lado de lá do sistema 155
3 À guisa dessa discussão, haveria espaço para uma integralidade? 170
4 Há espaço para se pensar/ter uma política integral do câncer? 183

ENTRE O PÚBLICO, O PRIVADO, A TÉCNICA E O MERCADO 195

UNIVERSALIDADE, ACESSIBILIDADE, EQUIDADE E PÚBLICO: O QUE SÃO? 195

1 Mas, como se dá na prática essa promessa? 197

PARA PENSAR A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE 225

A PERDA DE VÍNCULO 235

A BIOTECNOLOGIA 247

1 **A tecnociência na vida cotidiana** 249

2 **Inter-relacional** 249

3 **O corpo-máquina do cientista** 255

4 **O corpo-máquina do doente** 255

CONSIDERAÇÕES FINAIS 257

REFERÊNCIAS 269

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS 291

LISTA DE SIGLAS 293

APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM AS PACIENTES 297

INTRODUÇÃO

Apesar de toda a sua complexidade e de seu impacto na vida da população, somente nas últimas décadas o câncer vem sendo reconhecido como um problema de saúde em escala mundial. No Brasil, o panorama não tem sido diferente, observando-se que, a partir dos anos 1960, as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, dando lugar às doenças do aparelho circulatório e às neoplasias, respectivamente, a primeira e a segunda causa de morte por doença no Brasil, e vêm sendo responsáveis por um número cada vez maior de óbitos, apontando para uma mudança no perfil de mortalidade semelhante àquela observada nos países centrais (KLIGERMAN, 2000a).

As neoplasias são importante causa de doença e morte no Brasil, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SILVA, L. A. S. R., 2009). Foram estimados, para o ano 2010, 489.270 novos casos de câncer e, destes, 49.000, para o câncer de mama, sendo esse tipo de câncer a principal causa de morte feminina pela doença entre nós (BRASIL, 2009a). A estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2012 é que 52,6 mil mulheres sejam afetadas (BRASIL, 2012), o que significa um aumento substancial entre um período e outro.

Entretanto, esses números apenas expressam uma face dessa problemática, já que o câncer é um problema de repercussão social, política, econômica e cultural, demarcando percursos institucionais, individuais e coletivos no âmbito das ações em saúde. É uma doença que vai além do nível biológico e dos números, estendendo-se à dimensão subjetiva e inter-relacional, ao convívio e à experiência de homens e mulheres, adentrando em um campo múltiplo de saberes e práticas de usuários, pacientes, profissionais e gestores de saúde.

Por outro lado, implica a necessidade de um sistema resolutivo que possa dar conta das demandas sociais, especialmente nas regiões mais carentes da realidade nacional, marcadas pelas dificuldades de acesso e pela insuficiência de serviços especializados em câncer de mama. Na dimensão política, discute-se a exigência de programas e ações de promoção e prevenção de saúde, de tratamento e controle da doença, além da organização de uma rede de serviços adequados e profissionais habilitados para atuar nas diversas regiões do Brasil. No plano econômico, é premente a necessidade de mobilização racional para alocar recursos financeiros dentro de uma lógica nacional, regional e local, que permita aos gestores disponibilizarem às mulheres uma rede organizada e apta para atender à demanda, com disponibilidade de horários e uma estrutura física e de recursos adequados à realidade de cada região.

Refletir sobre essas questões é fundamental, tendo em vista que o câncer de mama exige novas tecnologias médicas, diagnósticas e cirúrgicas, uma adequada relação entre profissional de saúde e paciente, além de uma política de assistência eficiente para possibilitar o acesso das mulheres aos serviços médicos especializados. Essa condição é ainda mais necessária entre aquelas que não têm acesso ao sistema de saúde e às inovações tecnológicas dos grandes hospitais e seus centros de referência. São mulheres vulnerabilizadas pelas condições de saúde, socioeconômicas e político-institucionais, as quais se relacionam com o seu estado de saúde e sua condição de vida.

Nesse sentido, e buscando compreender essa problemática em um cenário onde muitas dessas questões se desenrolam, essa investigação se

propõe a estudar **a assistência a mulheres com câncer de mama, a partir do contexto de um Centro de Referência em Cancerologia no município de Campina Grande, estado da Paraíba, indagando-se como se dá essa assistência**.

Para desenvolver o estudo, tomando como referência esse cenário, alguns elementos justificam a sua relevância:

1) o quadro investigado pode traduzir e revelar o interior de uma problematização muito mais complexa, não apenas da doença, mas também da saúde, principalmente permitindo-se ver sua estrutura social (o hospital enquanto unidade de observação e de análise) a partir do que permite o estudo das ciências sociais em torno da doença;

2) a doença câncer de mama, ao mesmo tempo em que se torna objeto de estudo, informa também sobre uma experiência humana que conduz a refletir acerca do homem, da ciência biomédica e da assistência em saúde a um grupo vulnerável no interior da política de saúde e da biomedicina;

3) a compreensão de que as mulheres com câncer de mama têm mutilados muito mais que os seios, pois muitos de seus direitos não são reconhecidos;

4) apesar dos novos avanços científicos em torno das pesquisas (re)combinativas e regenerativas coexistem doenças que assustam e matam, como o câncer, que também é um desafio no contexto da sociedade atual;

5) no Brasil, o câncer de mama é uma importante causa de morte feminina por doença e exige planejamento de ações e uma agenda de políticas efetivas de controle e tratamento eficazes e duradouras em todo o território nacional, além de um sistema de saúde e médico adequado para que esse conjunto flua com adequação às necessidades das mulheres;

6) essa discussão é fundamental e deve integrar a agenda de pesquisa no âmbito das ciências sociais e de saúde, tendo em vista que o câncer de mama encontra-se num amplo e intricado conjunto de interesses que englobam gestores, profissionais de saúde e pacientes e suas diversas esferas de relações, que se fundam da política de saúde aos serviços hospitalares;

7) a conjunção desses elementos indica quão necessário é aprofundar o debate em torno dessas questões, sobretudo numa região pauperizada do nordeste do Brasil, no interior da Paraíba, onde a agenda de pesquisa não conseguiu, ainda, priorizar a investigação e apontar caminhos para os seus problemas prioritários, esperando-se, portanto, que este estudo venha a suprir uma pequena parte dessa lacuna a partir do que suscitam esses mesmos elementos. Almeja-se ainda que o tema desperte interesse de outros estudos, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGCS) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em especial, na Área de Concentração: Dinâmicas Sociais, Práticas Culturais e Representações – Linha de Pesquisa: Conflitividade, Dinâmicas Sociais e Subjetividade, na qual se estuda o tema "Sociedade e Saúde", berçário deste trabalho de pesquisa que ora desenvolvemos, a exemplo da seriedade com que elaboramos nossa dissertação (SANTOS, 2007).

O *LOCUS* DE AÇÃO

O cenário das nossas reflexões oferece assistência em oncologia e é referência local nessa especialidade no município de Campina Grande, estado da Paraíba, além de ser um Hospital-Escola que mantém um Centro de Cancerologia através do Sistema Único de Saúde (SUS). Nele são atendidas pessoas oriundas de diversas regiões do estado – Brejo, Cariri e Sertão –, que necessitam de assistência e tratamento especializado em cirurgia, radioterapia e quimioterapia, cujas cidades de origem não oferecem tais serviços, carecendo, com isso, se deslocarem a um centro especializado para suprir as necessidades relativas à doença.

No itinerário que demarca nosso percurso enquanto profissional de saúde e pesquisador interessado na relação entre sociedade e saúde, nossa proposta de trabalho já tomava corpo nos anos 1990, quando despertávamos para a importância do câncer de mama como sério problema de saúde pública entre nós, assim como para a tímida política para combatê-lo proporcionalmente ao seu avanço. A partir de

então, também se definia a pretensão de trabalhar com portadoras de câncer, o que possibilitaria acompanhar, de perto, situações de adoecimento pelo câncer de mama e de busca pela cura da doença, bem como compreender as interações das mulheres e de seu entorno: a família, a sociedade e os profissionais de saúde e, por conseguinte, a assistência no âmbito do sistema público de saúde.

Desse modo, nosso esteio para pensar e problematizar o câncer de mama enquanto elemento da política de saúde se anunciava entre os anos de 1997 e 2000, período de trabalho em uma casa de apoio a portadores de câncer, quando funcionário do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Nessa casa de apoio era ofertada assistência gratuita a pessoas pauperizadas vindas dos mais diversos municípios paraibanos, bem como de outros estados circunvizinhos, a exemplo de Pernambuco e Rio Grande do Norte. Essas pessoas estavam em tratamento de radioterapia e/ou quimioterapia, e suas condições não eram as mais adequadas para o alto custo das despesas com hospedagem, alimentação, passagens e medicamentos, sendo a casa, naquele momento, a única opção de acolhimento e abrigo no período de duração do tratamento.

Nesse espaço casa-abrigo fora de casa, a experiência com mulheres mastectomizadas nos permitiu mergulhar na realidade de seu processo de adoecimento, e possibilitou uma aproximação da complexidade do câncer de mama e do contexto de suas vidas no período de adoecimento. Dessa inserção, começava a se intensificar nosso interesse pelo câncer de mama, uma doença complexa que se revelava desafiadora e multifacetada, muitas vezes fulminante e devastadora.

Por outro lado, nossa observação sobre as equipes de saúde demonstrava, na maioria das vezes, que elas não dispunham de habilidades ou não se propunham a lidar com questões que se alargavam além da abordagem biomédica da saúde, encontrando dificuldades para compreender o que pensavam as pacientes sobre a doença que as afetava e como agiam em relação a ela. Muitos deles encontravam dificuldades, por diversas razões – organizacionais, logísticas, assistenciais e de formação profissional –, para compreender como as pacientes concebiam a

doença e como tentavam responder a ela, não cooperando espaços que permitissem a ambos discutir aquele problema de saúde numa perspectiva dialógica. Nesse ínterim, o sistema também não implantava uma política pública de saúde local efetiva, nem uma política de formação de recursos humanos que promovesse um outro olhar sobre a doença e sobre o doente. Logo, percebíamos a falta de uma política reorientadora e de profissionais – salvo algumas exceções – que se dispusessem a ir além da prática repetitiva e daquelas prescrições cotidianas recomendadas às mulheres, focadas na prática mecânica.

Não diferentemente do momento atual, os serviços de saúde também se concentravam na assistência biomédica, majoritariamente. Esse panorama refletia a necessidade de novos tipos de abordagem que auxiliassem no tratamento e na melhoria do sistema local de saúde, e que tivessem o cuidado às mulheres como fim.

Percorrer essa trajetória permitiu identificar o quanto o câncer de mama exige organização institucional, provimento de recursos materiais, humanos e financeiros para o tratamento prolongado da doença. Também permitiu compreender como o sistema de saúde é marcado por diversos atores e cenários que protagonizam histórias e enredos no interior de uma assistência que, nem sempre, consegue garantir plenamente os direitos que sua legislação conferiu à população que dele necessita. No centro dessa conjuntura, despertávamos para entender como a política de saúde incidia no âmbito da assistência e se organizava para tratá-la.

Ao mesmo tempo, nos deslocávamos com dezenas de mulheres entre clínicas e hospitais na busca de assistência, marcação de consulta e exames – atrasos e espera, terapias e internações, idas e vindas, incertezas e desafios, longas filas, depoimentos de longas horas acerca de suas vidas –, como uma loteria no paradoxo da prioridade de tratamento e da melhor perspectiva de recuperação; chances de vida na dependência do diagnóstico e de um atendimento célere que lhes conferisse esperança.

Além disso, identificávamos que as condições de vida das mulheres com câncer de mama denunciavam e denunciam situações

socioeconômicas desfavoráveis e dificuldade de acesso de diversas ordens, as quais continuam mantendo forte relação com a resolução de saúde dessas mulheres: no plano individual, enquanto mulher e sujeito social; no plano institucional, enquanto doente, cidadã, usuária e ser de direitos. Por outro lado, as reflexões tomavam corpo também pela magnitude do câncer que, entre os brasileiros, naquele período, representava a segunda maior causa de morte por doença, com 11,84% do total dos óbitos registrados em todo o país. Para o Brasil, no ano 2000, foram estimados 284.205 casos novos e 113.959 óbitos por câncer, dos quais, respectivamente, 138.755 e 61.522, entre os homens, e 145.450 e 52.437, entre as mulheres (KLIGERMAN, 2000a).

Esses números justificavam a opção para desenvolver a pesquisa de mestrado, (SANTOS, 2007), quando, ainda nesse ano, já eram estimados 466.730 casos de câncer e 49.400 casos de câncer de mama para o ano de 2008, que também valeria para o ano de 2009 (BRASIL, 2007a), demonstrando a projeção e a complexidade em torno da doença, assim como o desafio para compreendê-la, preveni-la, controlá-la e tratá-la, ininterruptamente, através da política pública. Não diferente daquele período, o panorama do recente e do atual período continua preocupante, pois o câncer persiste como um problema de saúde pública dos mais graves, tendo sido estimados para o ano de 2010, 489.270 novos casos de câncer – 22.540 casos a mais – e 49.240 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres, dados esses também válidos para o ano de 2011 (BRASIL, 2009a), e 52,6 mil em 2012, conforme anteriormente informado.

O *FOCUS* TEÓRICO-METODOLÓGICO

A abordagem deste trabalho ancora-se na perspectiva transdisciplinar da ciência e do conhecimento, na qual a dialética possibilitou uma dimensão de processo na construção dos dados da pesquisa, tanto em sua dimensão social, quanto na coleta e resultados da investigação, visto que a realidade social observada não era um aglomerado de partes isoladas, mas formava a totalidade histórico-social, contraditória e

dialética, como pensa Marx (2003). O aprofundamento do estudo teve como referencial teórico os aportes de autores clássicos e contemporâneos das ciências humanas e sociais em saúde e, como estratégia para a pesquisa empírica,os pesquisadores aplicaram a entrevista estruturada[4], adequada aos objetivos definidos, com questões acerca da assistência, da doença e do perfil das mulheres.

Esse interesse acerca do processo saúde/doença tem possibilitado suscitar e debater a relação entre sociedade e saúde, bem como a maneira como os indivíduos se localizam e se (re)constroem nos espaços sociais interativos que reconfiguram as relações sociais a partir da experimentação da doença. Assim sendo, o pesquisador deve esforçar-se para chegar à imagem adequada dos acontecimentos, procurando as transformações do sujeito da ação no relacionamento dialético homem-mundo, que são, por fim, as transformações da sociedade humana, como pensa Goldmann (2010).

Se a intenção é compreender a assistência a mulheres em processo de tratamento de câncer da mama, deve-se tomar essa acepção como foco orientador da análise, na medida em que ela também reside no domínio multidimensional, que penetra do físico ao social. De igual modo, se a pretensão é compreender os sujeitos da pesquisa e suas interações sociais pela doença que experimentam individual e coletivamente, cabe então o empenho no exercício dessa compreensão.

Nessa perspectiva, a saúde, a doença, a cura, o tipo de assistência e a política de saúde podem ser revistos sob uma dimensão cultural. Ao adotarmos essa perspectiva, comungamos com o pensamento de Morin (2002a), quando este reconhece a cultura como o patrimônio organizador da sociedade, que concentra um duplo capital: o cognitivo e o técnico (práticas, saberes, regras); o mitológico e o ritual (crenças, normas, interdições, valores) e que permite rememoração, comunicação, transmissão de indivíduo para indivíduo e de geração para geração.

Esse é um processo através do qual é possível compreender a assistência às mulheres com câncer de mama como resultado da política de

4 Para Richardson *et al.* (2008, p. 189), a entrevista estruturada é realmente um questionário e cumpre entre suas funções: "descrever as características de um grupo social", além de identificar determinadas variáveis importantes para o estudo.

saúde para controle da doença. Através das interações dos indivíduos que experimentam o processo de adoecimento, ocorre um contínuo (re)fazer compreensivo da doença e da condição de doente. As impressões que são capturadas através das interações sociais pelo sujeito sobre o seu entorno formam um panorama dinâmico acerca de si, da doença, da assistência e, por conseguinte, do próprio sistema de saúde. Assim sendo, desenvolvemos toda a nossa investigação tendo como foco atender aos objetivos delimitados para a pesquisa, conforme seguem adiante relacionados:

- compreender como é realizada a assistência a mulheres com câncer de mama em um Centro de Referência em cancerologia em Campina Grande, no estado da Paraíba, identificando suas dificuldades e satisfação com a assistência recebida;
- elaborar o perfil das mulheres com câncer de mama assistidas nesse Centro de Referência;
- conhecer os antecedentes ginecológicos e obstétricos, estilos de vida, faixa etária e estágio da doença dessas mulheres quando iniciaram o tratamento;
- verificar os conhecimentos dessas mulheres acerca dos seus direitos e questionar sobre os benefícios recebidos.

Desse modo, buscou-se um espaço de reflexão no âmbito das ciências sociais e saúde para compreender como essa assistência era oferecida e de que forma repercutia sobre a doença, de modo que fosse possível uma compreensão mais aproximada do universo assistencial compartilhado pelas pacientes em pesquisa realizada em um Centro de Referência em Cancerologia na cidade de Campina Grande, que é referência para todo o estado da Paraíba, como já mencionado.

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade Santa Maria, em Cajazeiras – PB, que julgou seu mérito ético através de parecer favorável e certidão específica (Protocolo n.º484032010). O projeto também passou pela apreciação da Direção do Hospital, da Gerência do Centro de Cancerologia e de seu Comitê de Pesquisa. Após obter aprovação e

autorização dessas instâncias, teve início a coleta de dados. Antes desta, todos os sujeitos foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, e afirmaram sua anuência através da Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que assegura os direitos dos sujeitos de pesquisa. Para efeito de definição do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996a), pesquisa com seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletiva, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais. Os procedimentos incluem, entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, física, psíquica, econômica, física ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

Ainda segundo essa mesma resolução (196/96), consentimento livre e esclarecido (TCLE) é a anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios, como simulação, fraude ou erro, dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa. Considera-se sujeito da pesquisa aquele participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

Para realizar a pesquisa, desenvolvemos uma consulta inicial e exploratória aos profissionais[5] que integravam a realidade de assistência a ser analisada, os quais protagonizam o cenário onde o estudo foi realizado. Os profissionais foram consultados em dias de atendimento em suas respectivas especialidades e ambulatórios, momento no qual receberam as informações acerca da pesquisa[6].

5 Ao todo foram 17 profissionais de diversificadas categorias profissionais, compostas pelos profissionais responsáveis pela administração dos setores de assistência às mulheres portadoras de câncer de mama, em sete níveis, instalados no Centro de Cancerologia: triagem, mastologia, psicologia, serviço social, enfermagem, quimioterapia e radioterapia.

6 Dada a especificidade, o volume de trabalho e a dinâmica de vida profissional, cuja jornada não comportava um agendamento de entrevista, optou-se pela utilização de um instrumento de coleta autoaplicável e retornável, com questões abertas acerca da assistência oferecida às mulheres, da estrutura de trabalho desenvolvido no Centro e da visão dos mesmos acerca

A partir de então, iniciamos o reconhecimento do ambiente, no qual as mulheres eram atendidas e foram efetivamente consultadas, para responder o questionário estruturado com questões fechadas (APÊNDICE A). Assim, o *locus* para a coleta de dados da investigação foi um hospital-escola, referência em cancerologia, onde se desenvolveu por um período de seis meses, nos turnos da manhã e da tarde, conforme o horário dos atendimentos da unidade, usando-se um roteiro norteador, adequado aos objetivos da pesquisa, com questões estruturadas acerca da assistência, da doença e do perfil das mulheres, aplicado pelo pesquisador, em situação individual, no dia de atendimento da paciente. Realizou-se, inicialmente, um pré-teste com dez mulheres com câncer de mama, em atendimento de radioterapia e quimioterapia, para verificar se apareceria algum componente da assistência que não havia sido contemplado no roteiro inicial de entrevista, o que possibilitou adequar melhor as perguntas às características da população estudada e às dimensões da assistência que se pretendia incluir na pesquisa.

Definida a estrutura e as questões definitivas do instrumento, foram entrevistadas 196 mulheres, portadoras de câncer de mama que estavam em atendimento na vigência da coleta de dados. As conversas se realizaram em situação individual, no período de junho a novembro de 2010, em dias normais de atendimento, no setor de cancerologia, no serviço de radioterapia e quimioterapia, de segunda à sexta-feira, no período da manhã e da tarde.

A amostra foi definida a partir das informações disponíveis em arquivo, referentes ao ano de 2009, em relação ao número de consultas mensais, que girou em torno de 666 mulheres com câncer de mama. Sendo 6% o ideal de erro amostral para pesquisa de opinião, a população a ser estudada girou em torno de 196 mulheres, para o tamanho da amostra (n=196). Realizado o cálculo para o tamanho da amostra para um plano aleatório simples, considerando o estimador a proporção com variância máxima, com 95% de confiança para a estimativa, ou seja, uma

dessa assistência. Não houve retorno de todos os instrumentos, razão pela qual o nosso conhecimento acerca da opinião dos profissionais ficou circunscrito àqueles emitidos no contato inicial, não se constituindo dado estatístico para análise.

margem de erro de 2,5% para mais e para menos; optamos por uma amostra de 196 pessoas (erro de estimativa de 5% e erro amostral de 6% são considerados boas margens para realização de inferências).

As questões abordaram os campos da assistência, da doença e do perfil das mulheres pesquisadas, como dito, cujos resultados compõem o perfil socioeconômico das mulheres (Tabela 1); antecedentes ginecológicos e obstétricos (Tabela 2); realização e periodicidade do exame preventivo das mulheres (Tabela 3); estilo de vida das mulheres (Tabela 4); faixa etária das mulheres no momento do diagnóstico da doença (Tabela 5); estágio da doença e início do tratamento (Tabela 6); antecedente familiar e número de casos da doença na família (Tabela 7); conhecimento das mulheres acerca dos seus direitos (Tabela 8); direitos e benefícios recebidos pelas mulheres (Tabela 9); dificuldades das mulheres para receber assistência (Tabela, 10); sugestões das mulheres para a melhoria da assistência (Tabela 11); e satisfação das mulheres com a assistência recebida (Tabela 12).

Complementando esses dados estatísticos, enriquecemos a coleta de dados com alguns depoimentos gravados[7] com autorização das mulheres, que espontaneamente, iniciavam suas falas sobre suas condições de tratamento e da assistência a sua saúde, enquanto esperavam o atendimento nos setores de radioterapia e quimioterapia. Concordavam em que suas vozes fossem reproduzidas neste trabalho, a partir das "experiências vividas, dos riscos e dos desafios enfrentados, das derrotas e das vitórias", conforme Santos (2009).

Além do mais, sempre esclarecíamos que, conforme protocolo assinado (sempre junto a nós), cumpriríamos as exigências da ética em pesquisa em ciências humanas e sociais em saúde, como pensa Dallari (2011), e a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996a). Houve muitas repetições

7 Dispúnhamos sempre tanto das fichas com o roteiro das perguntas da entrevista, como de um caderno de pesquisa de campo, um gravador e material informativo do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para criar laços com aquelas mulheres; íamos abordando-as na entrada e saída da triagem, mastologia, psicologia, serviço social, enfermagem; quimioterapia e radioterapia, indagando se estavam dispostas a responder algumas questões sobre o trabalho. Algumas – poucas – não se dispuseram, mas a maioria concordou; assim fomos procedendo até complementar o número de amostragem (196 mulheres). Quando estavam bem dispostas continuavam as conversas, então perguntávamos se podíamos gravar. Em caso afirmativo, gravávamos e informávamos que iríamos reproduzir suas vozes, sem, contudo, identificá-las nominalmente.

temáticas nas vozes, principalmente acerca da assistência. Reproduzimos aqui e acolá, ao longo deste trabalho, aquelas que mantiveram pertinência ao tema que o trabalho nos levou a abordar, cotejando-as com as vozes dos autores que respaldaram a discussão, enquanto referenciais teóricos, sempre cuidando para não correr o risco de sobrepor o conhecimento científico-social às vozes das mulheres entrevistadas.

RELIGANDO SABERES, REVISITANDO OUTRAS COLABORAÇÕES DE ESTUDO

Ao abordar a doença, enfatiza-se a necessidade do rompimento com a visão que se pretende única para explicar esse processo. Parte-se da noção de insuficiência da biomedicina para tal pretensão, pela complexidade desse fenômeno e pela resistência em aceitar um único paradigma de sua explicação. Compreende-se a doença como um fenômeno que se funda além do cânone médico-biológico, como um polissêmico campo interacional e transdisciplinar, mesmo cientes da resistência dos defensores das ciências experimentais e reificadoras diante dessa noção.

Entendemos que elaborar uma investigação significa posicionar-se teoricamente, especialmente em se tratando das ciências humanas e sociais, compreende provocar a discussão e reflexão sobre a construção de novas propostas e colaborar na construção do saber, religando-o ao cerne da questão, tanto na discussão do assunto quanto nos contextos biossocioculturais. Também é assumir a preocupação com a relação complexa entre sociedade e saúde, como pensa Freyre (2009), a exemplo das investigações desenvolvidas e divulgadas tanto em artigos científicos diversos do corpo discente/docente, como nas dissertações e teses defendidas no âmbito do PPGCS/UFRN, no qual nos inserimos, em especial no Grupo de Pesquisa Cultura, Política e Educação.

Nesse berçário de ideias, a troca de saberes e as discussões dos grupos, seminários e encontros de orientações realizados foram sempre um sustentáculo para nossas incertezas e um lume para nossas dúvidas. O estudo sobre o envelhecimento social e a saúde do idoso

(GICO, 2009) nos mostrou que, ao acrescentarmos anos de vida a nossa existência, devido a vários fatores de melhoria da qualidade de vida, aumentamos também a possibilidade do aparecimento de doenças como o câncer na velhice, especialmente o câncer de mama, com maior incidência em mulheres. Quando foi indagada a população pesquisada sobre como as pessoas com 60 anos ou mais expressaram a busca por seus direitos à saúde nas reclamações formalizadas junto ao poder judiciário, evidenciou-se que os direitos à saúde dos idosos, prescritos na legislação e analisados nas reclamações formalizadas, estão sendo constantemente violados; tem-se assistido a uma crescente demanda do Poder Judiciário, o qual, na maioria das vezes, não consegue atender aos anseios dos jurisdicionados, gerando grande frustração entre eles. A maioria das lides demandadas diz respeito ao direito ao recebimento de medicamentos e pensão alimentícia.

Com referência aos estudos da atenção à saúde dispensada ao usuário de um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) em DST/HIV/Aids[8], Carvalho (2009); Gico e Carvalho (2009) analisaram a percepção dos sujeitos sociais, usuários e profissionais, sobre o tratamento dispensado nesse ambulatório, referência estadual em Natal-RN, mantido pelo SUS, a exemplo do Centro de Referência em Oncologia que foi estudado, indagando-lhes:qual o significado do serviço; qual a percepção do atendimento; como acontecia o processo de comunicação e interação; e qual a percepção do tratamento, organização e avaliação do serviço. Observou-se que a atenção e o cuidado desenvolvem-se em uma assistência tecno-assistencial à doença, centrados em uma atenção focada no tratamento, na solicitação de exames e na terapêutica medicamentosa dos antirretrovirais, reflexo do paradigma tradicional biomédico de atenção à doença. Esse também é o modo de organização das ações práticas no cotidiano do SAE: a conduta terapêutica

8 Do ponto de vista gramatical, já é de uso corrente a equivalência da palavra 'aids' a 'sífilis', 'coqueluche', 'conjuntivite'. Nomes de doenças são substantivos comuns, grafados com inicial minúscula, a não ser quando representarem siglas de substantivos próprios, como HIV/VIH – sigla de origem inglesa que representa o Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immuno deficiency Virus)* – pessoa assintomática que não manifesta nenhum sintoma nem sinais da doença; enquanto a AIDS/SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida *(Acquired Immuno Deficiency Syndrome)* – pessoa sintomática que já desenvolve algum tipo de doença ocasionada pelo vírus HIV.

mostra-se fragmentada nas diversas especialidades, verticalizada e retroalimentada no mesmo modelo, gerando tensão e sobrecarga aos profissionais; evidenciam-se, com isso, atendimentos impessoais focados em tecnologias estruturadas e informativas, desvinculadas da dialógica interativa. A partir dos discursos dos sujeitos, o SAE é interpretado como o lugar do confronto com a doença, mas também possibilita maiores elaborações do adoecer pelo encontro com os iguais. Conviver com o HIV/Aids é conviver com receios, apreensão e medo, mas, principalmente, com o estigma, com o preconceito e a exclusão, o que requer o sigilo da doença. Conclui-se que há circulação de forças e de poder, expressos no saber-poder técnico-profissional e administrativo, dispositivos que concentram a manutenção da medicalização do atendimento, consultas rápidas e com pouca atenção dispensada, o que dificulta a interação e a escuta, aliados a falhas estruturais, organizacionais e a um gerenciamento inadequado do serviço. Desconsidera-se o sujeito de seu discurso, imputando-lhe discursos tecnicistas, e observa-se a produção do cuidado baseada na tecnologia material.

Por sua vez, a sobrecarga de trabalho exigida dos profissionais, evidenciada nos atendimentos impessoais focados em tecnologias estruturadas e informativas, desvinculadas da dialógica interativa observada no SAE, foi estudada por Gico, Costa e Costa (2007) em outra realidade. Desta feita, o objetivo foi promover uma discussão sobre as fontes do estresse e das doenças apresentadas pelos médicos em Natal, no estado do Rio Grande do Norte, mediante estudo exploratório, no qual os dados foram colhidos através de questionário aberto. Os resultados apontaram para diversos fatores desencadeantes do estresse médico, dentre eles podem ser citados: as condições de trabalho, as condições clínicas do paciente e os riscos em cirurgias. Verificou-se, também, que as doenças que mais acometem esses profissionais são as cardiopatias coronarianas, os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e o cálculo renal. Concluiu-se, então, que a incidência de doenças entre os pesquisados era alta e que estas eram oriundas, na sua maioria, do estresse presente no exercício profissional, faltando também aos médicos a humanização em saúde, que foi estudada por Vilar (2009).

Ao abordar o tema da humanização na saúde que integra a agenda da política de saúde no Brasil, Vilar (2009) assegura que, apesar do contexto social e político do Brasil neste princípio do século XXI e seus reflexos no campo da saúde, com muitas contradições e desafios, o modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família, mesmo com muitas dificuldades e discrepâncias entre o real e o proposto, vem produzindo experiências locais com potencialidades que não devem ser desperdiçadas. Os objetivos do trabalho foram direcionados para a reflexão sobre os eixos teóricos e organizativos norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH) e seus ecos na política municipal de saúde de Natal; para a análise dos marcos da referida política no nível local; e para o conhecimento das visões e vivências dos agentes da humanização no cotidiano do processo de trabalho, principais desafios da política. Os resultados apontaram que as práticas ainda ocorrem em condições desumanizadoras, comprometendo a qualidade da atenção prestada, havendo, contudo, a existência de um movimento de mudanças no processo de trabalho, que vem fortalecendo o vínculo e ampliando ações desenvolvidas, incorporando novos sentidos na perspectiva da diversidade, da integralidade e da solidariedade.

Em outro estudo, Vilar (1997) havia estudado a "participação social em Saúde",em uma experiência de Natal-RN, analisando a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Natal, enfatizando limites, obstáculos e perspectivas do referido processo, chegando à conclusão de que a política de saúde implementada pelo Estado Brasileiro que preconiza toda uma reorientação do setor, mesmo com várias contribuições que refletem o jogo do Estado Democrático e o Estado Liberal, incorpora mudanças de caráter significativo com a descentralização das ações e a concepção de um novo modelo de gestão voltado para a democratização. Nessas perspectivas, emergiram as conferências e conselhos de saúde nos vários níveis de governo, como também algumas formas de gestão de nível local do serviço de saúde com a missão de operacionalizar a participação social na formulação e controle das políticas de saúde.

Outros estudos elaborados nessa conjugação de esforços da Base de Pesquisa referida abordam também o mundo do trabalho, mas

na perspectiva do acometimento individual do HIV/Aids (MEDEIROS, 2005; GICO; MEDEIROS; DANTAS, 2005a), consubstanciado numa questão de direitos humanos e de saúde pública, encontrando respaldo jurídico nos principais instrumentos normativos internacionais. O objetivo do trabalho foi identificar, nas Legislações Brasileira e Internacional, a proteção ao trabalhador com HIV/Aids da eventual dispensa do emprego. Concluiu-se que na abordagem internacional, tanto a Organização Internacional do Trabalho (OIT) como a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm defendido que a infecção por HIV não constitui justificativa válida para a demissão. Assim como na ocorrência de muitas outras doenças, as pessoas com HIV devem ter seu direito ao trabalho assegurado enquanto estiverem aptas a fazê-lo do ponto de vista médico. Na Legislação Brasileira, apesar de não haver estabilidade provisória para as pessoas com HIV/Aids, o empregador não pode usar do poder potestativo para demitir seus empregados. Consequentemente, a Aids deve ser tratada como qualquer outra doença no mundo do trabalho.

De igual modo, Aids e alteridade foram considerados dois olhares que se cruzam (GICO; MEDEIROS; DANTAS, 2005b) na luta contra o preconceito e a discriminação às pessoas que são vitimadas pelo HIV. O respeito à dignidade do outro, enquanto sujeito de direito, quando este é um portador do HIV e/ou paciente de Aids, deve ser respaldado em leis nacionais e internacionais.A inclusão deste 'outro' percebe-se no momento em que novos movimentos sociais surgem como respostas ao conviver com HIV/Aids, respeitando-se as diferenças.

Por sua vez, uma das preocupações da autora do estudo "A compreensão do corpo na formação profissional do fisioterapeuta" (MEYER, 2005) e de Gico, Meyer e Costa (2009) é a formação do aluno que, muitas vezes, não é preparado para as possíveis abordagens com o corpo dos pacientes, embora este seja a maior presença do seu dia a dia de trabalho. A partir dessa problemática, as autoras estão cientes tanto da influência mecanicista como da superespecialização, bem como da fragmentação do saber, que interferem diretamente na compreensão do corpo pelos profissionais da fisioterapia, além de afetar suas condutas terapêuticas. Preocupado com essa realidade,

o estudo busca analisar a percepção dos alunos de fisioterapia acerca do corpo humano através de respostas a questionários objetivos. O referencial teórico eleito para respaldo das discussões e análises temáticas foi ancorado nos estudos que privilegiam o rejuntamento e a religação dos saberes, representados pelos aportes transdisciplinares. Nessa pesquisa foram avaliados 167 estudantes e as respostas demonstraram que o aluno de fisioterapia pensa no corpo apenas em seu aspecto biológico, negando o entendimento do homem como construção cultural e, necessariamente, social. Foi confirmada a presença do modelo reducionista, com hipervalorização da especialização precoce, treinamento técnico e considerações puramente biológicas e mecânicas do corpo e sua mobilidade. Essa reflexão sugere a busca de um "olhar" menos técnico, que permita a esse profissional enxergar mais do que segmentos corporais, o que supostamente contribuiria para uma visão mais abrangente sobre o paciente e seu contexto social, desencadeando uma maior 'humanização do corpo', dos atendimentos prestados e, consequentemente, da qualidade de vida dos pacientes.

Por outro lado, aproximando as ciências sociais da fisioterapia Gico; Meyer; Costa (2006), em outro trabalho, ainda abordando a formação do profissional fisioterapeuta, asseguraram que o ensino das ciências sociais nos cursos da área de saúde tem sido objeto de reflexões e discussões, pois traz aportes importantes à compreensão dos problemas coletivos e individuais da saúde. Mas as várias dimensões do processo do adoecimento e da própria condição do doente, no aspecto não apenas biológico, mas também psicossocial, escapam a uma simples análise biomédica, dada a sua complexidade. Portanto, essa pesquisa, do tipo descritiva com análise de dados de forma quantitativa e qualitativa, visou proporcionar um conhecimento das interfaces sociais, buscando a compreensão da saúde e da doença, a partir de uma concepção transdisciplinar, por meio da religação dos saberes através da disciplina Sociologia da Saúde no curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Concluiu-se que os docentes da disciplina de sociologia dos cursos da área da saúde

têm a responsabilidade de fazer o intercâmbio entre as ciências sociais e a prática do profissional da saúde, contextualizando o conhecimento com base na realidade da profissão na sociedade atual.

Nessa mesma direção, Gico e Nobre (2009), discutiram "o uso da imagem fotográfica no campo da sociologia da saúde" a partir de uma experiência na formação de alunos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Conferindo à imagem a qualidade de fonte de informação, atribuíram-lhe a possibilidade de ser objeto de interpretação do contexto sociocultural no qual foi captada; a partir desse ponto tornou-se viável refletir sobre a compreensão do seu significado para a educação. A experiência que serviu como argumento para esta discussão foi realizada em uma sala de aula com 30 alunos do Curso de Enfermagem, na disciplina de Sociologia da Saúde, oferecida pelo Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no ano de 2006. Os dados foram coletados a partir da observação das fotografias em sala de aula, dos seminários promovidos e das avaliações, utilizando a imagem fotográfica como mediação da aprendizagem no ensino superior da área da saúde, experiência que pode vir a contribuir com uma visão mais crítica do aluno, favorecendo uma visão mais abrangente do profissional, principalmente para analisar o contexto sociedade e saúde.

Ainda trabalhando no âmbito da interpretação da imagem, Nobre (2003) selecionou a fotografia para interpretar "a fotografia como narrativa visual", refletindo sobre a compreensão do seu significado, a partir do entendimento dos signos organizados na sua composição, conferindo-lhe qualidades de fonte de informação para o conhecimento do contexto social, considerando que a mesma pode ser vista como suporte empírico para pesquisa, meio revelador da história e do espaço sociocultural no qual o ser humano está inserido. A pesquisa foi desenvolvida ao longo de dois anos no distrito de Diogo Lopes, comunidade pesqueira do município de Macau, localizado no litoral norte do Rio Grande do Norte, a 200 quilômetros da capital, e no município de Venha Ver, comunidade agrícola, situada a 480 quilômetros da capital, localizada no extremo oeste do mesmo

estado. Criou-se nesse trabalho a fotocartografia, que é uma técnica possível para mapear a saúde das comunidades estudadas pelos profissionais que se ocupam da saúde coletiva.

Em trabalho seguinte a este, "Revelando os modos de vida da Ponta do Tubarão", Nobre (2005) ampliou o alcance da técnica, analisando os modos de vida nessa Unidade de Conservação, a partir de categoria sociocultural baseada em indicadores de produção material: trabalho, lazer, religiosidade, saberes tradicionais e a ação do homem no meio ambiente, considerados categorias de análise. O autor propôs como estratégia metodológica uma Fotocartografia Sociocultural, criada para esta pesquisa, tendo-se como suporte empírico o registro fotográfico, observação, entrevista, pesquisa documental e pesquisa bibliográfica, enquanto associação de técnicas, peculiaridade da estratégia de pesquisa, cartografia. Concluiu-se que a luta social desenvolvida pelos atores coletivos da Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) da Ponta do Tubarão, no Rio Grande do Norte, caracteriza-se como uma ação transformadora contra-hegemônica ao capital globalizado e predatório, em favor da manutenção do meio ambiente e dos modos de vida tradicionais. Inferiu-se ainda que a Fotocartografia Sociocultural é relevante enquanto proposta de procedimentos possíveis de serem utilizados em pesquisas qualitativas, visto que possui virtualidades analíticas, proporcionando visão abrangente do cotidiano sociocultural do espaço estudado, na tentativa de conhecer e revelar as relações vividas pelos sujeitos sociais. Entre os saberes tradicionais, esse trabalho mapeou vários modos de usar os conhecimentos das plantas na medicina popular, o que foi posteriormente aplicado em trabalhos desenvolvidos por Oliveira (2011) no município de Mossoró, no mesmo estado.

Ressaltando as potencialidades e possibilidades para promoção do envelhecimento saudável no estado do Rio Grande do Norte, Oliveira (2011) estudou a "Política de Atenção à Saúde do Idoso em Mossoró-RN", discutindo a atenção à saúde desse segmento da população, percorrendo os caminhos que discutiram a história da atenção à saúde, que foi sendo alterada pela nova (con)formação etária da sociedade e exigiu adequações que deram lugar à elaboração e implementação da

Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, tendo como pano de fundo os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos delineados foram: cartografar a implementação da política de atenção à saúde do idoso em Mossoró, avaliando se esta tem por base os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; verificar se a promoção à saúde é tida como estratégia que favorece aos idosos mossoroenses a possibilidade de um envelhecimento saudável, inclusive com o acompanhamento da sua saúde[9]; identificar o discurso dos idosos acerca do processo de envelhecimento e das estratégias que utilizam para dar conta das suas necessidades. Foi aplicado, como estratégia metodológica, o questionário BOAS[10], complementado por entrevistas com 20 idosos residentes em Mossoró, na perspectiva de entender os elementos objetivos e os traços políticos e subjetivos que expressam a regularidade que marca o espaço da atenção à saúde do idoso mossoroense. Constatou-se como resultados a exclusão e discriminação dos idosos nos diferentes cenários sociais, condição que não os impede de serem conscientes da sua importância como cidadãos merecedores de tratamento digno e respeitoso pela família, sociedade e pelo poder público. Ao discorrerem sobre a saúde, os idosos afirmaram a necessidade de se propor modelos alternativos de atenção que tenham como norte o paradigma da promoção à saúde. Concluiu-se que nesses espaços realizam-se encontros e desenham-se linhas que se mostraram heterogêneas, porque foram construídas pelas dessemelhanças que se engendram incessantemente e que demonstram que, apesar de termos avançado no tocante à atenção ao idoso em Mossoró, ainda há um caminho longo a percorrer no sentido de atender às necessidades explicitadas pelos idosos. Sugere-se a prática da criação-experimentação-diferenciação nos cuidados em saúde, destacando a dimensão histórico-processual,

9 Durante a realização da pesquisa, acompanhou-se os passos de cada idoso em sua visita ao médico, tendo como ponto de apoio as suas "cadernetas de saúde da pessoa idosa", o que possibilitou mapear cada uma das afecções, de que cada um foi acometido, ou não.

10 O questionário BOAS (*Brasil Old Age Schedule*) é dividido em oito seções que buscam avaliar os seguintes tópicos: *Informações Gerais, Saúde Física, Utilização de Serviços Médicos e Dentários, Atividades da Vida Diária, Recursos Sociais, Recursos Econômicos, Saúde Mental e Necessidades e Problemas que afetam o Entrevistado*. Disponível em: < www.unati.uerj.br>. Acesso em: nov. 2011.

desconstruções e negociações com efeitos coletivos. Um paradigma democrático e analítico se insinua: são momentos da constituição da Atenção à Saúde do Idoso delineando uma nova paisagem no município de Mossoró.

Ressaltando também as questões de saúde em Mossoró, Fernandes (2011) estudou "as práticas educativas na saúde da família" em uma cartografia simbólica, estratégia de pesquisa amplamente aceita e estudada na Base de Pesquisa Cultura Política e Educação[11]. Analisou as atividades educativas realizadas em Unidades de Saúde da Família do Município de Mossoró-RN, partindo da abordagem da Educação em Saúde como prática de transformação de saberes, visando ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado à saúde, mediatizada pela valorização do espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços, como contextos de práticas educativas emancipatórias. Concluiu o trabalho constatando que as práticas necessitam incorporar o social, o subjetivo e atuar consorciadas às ações de prevenção e promoção à saúde, com base nos estilos de vida. O modelo dialógico a ser adotado desde a fase do planejamento das ações de educação em saúde poderia despertar o interesse dos grupos envolvidos; promover uma relação de diálogo e de escuta; problematizar a realidade local; estimular uma relação de diálogo e de escuta e uma prática metodológica dialética; promover processos de desconstrução de conceitos, valores e posturas como mais necessários que o de construção, usando múltiplas linguagens. Tal constatação, além de favorecer outras estratégias para o desenvolvimento do atendimento à população, poderá contribuir para a formação da consciência crítica das novas gerações profissionais da saúde, incutindo-lhes o desejo de pertencimento a um outro projeto de sociedade, que inclua não somente as dimensões técnica, científica e pedagógica nas ações de atenção à saúde, mas também as dimensões ética, humanística e política, tão em desuso na sociedade atual.

Aliás, esse desuso acompanha muitas das discussões desses trabalhos, inclusive aqueles que possuem uma abrangência mais

11 O Grupo de Pesquisa "Cultura, Política e Educação" – CCHLA/UFRN completou 20 anos de criação no ano de 2012.

restrita, como é o caso de Schneider (2002), ao estudar "o imaginário social da boca na odontologia". Nesse trabalho, afirma-se que o entendimento do processo saúde/doença põe em xeque os conceitos referentes ao objeto da arte dentária, considerando a arte de restaurar como meio de curar, analisar e discutir o ser e o fazer da odontologia, problematizando as antinomias entre teoria, práxis e realidade material histórica.Verificou-se a construção do imaginário social da boca na formação universitária do Cirurgião-Dentista, na busca da apreensão da relação do conteúdo programático com o espaço da crítica e da análise do processo saúde/doença, relacionados à identidade, objeto e objetivos dessa área de conhecimento. Concluiu-se que a odontologia avançou no conhecimento das partes em detrimento do todo, gerando um problema epistemológico: é impossível conceber a unidade complexa do ser humano pelo pensamento disjuntivo e redutor, que restringe essa unidade a um substrato puramente bioanatômico. O imaginário, socialmente construído da arte de curar por meio de restaurar, impede a compreensão do processo saúde/doença como uma relação complexa envolvendo o todo da materialidade sócio-histórica e, consequentemente, de se realizar uma prática que permita resolver problemas e não apenas tratá-los.

Por sua vez, as "Iniquidades em saúde: uma extensão das desigualdades sociais no sistema público de saúde do Brasil (2003-2006)", tratadas por Escoda (2008), são analisadas no sistema de saúde pública brasileiro como uma extensão das desigualdades sociais, apontando que a equidade e a efetividade em saúde são categorias analíticas básicas imbricadas na indissociabilidade dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual se inserem as ações setoriais. Faz uma discussão sobre a produção estrutural e a caracterização dessas desigualdades, pelos determinantes sociais considerados dependentes da questão da saúde: renda, acesso à terra, segurança alimentar, situação nutricional, saneamento básico, desigualdades epidemiológicas e de assistência, elaborando uma revisão temática sobre a produção social da saúde, formulação, finalidades das políticas sociais e inserção do princípio de equidade no curso do projeto de saúde pública.

Os resultados apontaram que houve uma tênue redução no período estudado (2003-2006) com manutenção de desigualdades sociais; que a característica de seletividade das políticas públicas contemporâneas e a dualidade do sistema de saúde aumentam as distâncias intra e entre classes e configura a assistência iníqua; que a atenção básica tem déficits elevados que se extrapolam nos níveis médio e complexo dessa assistência. Conclui, por fim, que a assistência à saúde, mesmo integral, tem limites; não se revertem as condições materiais de vida e de saúde com arranjos institucionais normativos; ao reverso, em situações de extremas desigualdades, essas estratégias produzem ações que reforçam as desigualdades e contrariam o princípio de equidade do sistema em que as ações se inserem.

A perspectiva do papel dos "atores e interesses na implementação da Reforma Sanitária no Rio Grande do Norte" foi estudada por Vasconcelos (1997), ao analisar a implementação dessa reforma no estado, no período de 1987 a 1994, discutindo a evolução da Política de Saúde do governo estadual e tomando por referência as alterações legais e institucionais, efetivas na Política Nacional de Saúde a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde. São contextualizadas as mudanças desencadeadas no âmbito da saúde no país, durante a transição democrática e o início dos anos 1990, e destacadas as ideias sobre a Reforma, predominantes no Movimento Sanitário. A investigação procurou entender os resultados da política, desvelando os interesses e os conflitos entre os setores, acompanhando a atuação institucional da Secretaria Estadual de Saúde Pública, perscrutando a ação dos atores sociais no campo da saúde e estudando as mútuas interações estabelecidas no processo. Distinguiu as inovações e continuidades presentes na ação governamental, guiando-se por alguns princípios e diretrizes do discurso reformista – Universalidade, Integralidade, Democratização, Descentralização e Integração – definidos como categorias temáticas. Concluiu que as mudanças operadas nas instituições de saúde no Rio Grande do Norte, em decorrência do Movimento da Reforma Sanitária, a despeito de terem alterado vários aspectos da

realidade setorial, estiveram bem distantes das aspirações dos atores reformistas. A explicação para esses resultados tem base na estruturação do poder, interna e externa ao campo da saúde, em que prevalecem os interesses do "sistema político" e das corporações profissionais. O predomínio clientelista na conformação da política é realçado como mecanismo privilegiado de intermediação de interesses na relação entre o Estado e a Sociedade.

Em outra perspectiva das corporações profissionais, Oliveira (1990) faz suas reflexões sobre a "Associação Brasileira de Enfermagem" (ABEN), verificando as mudanças e continuidades do Movimento Participação no período de dez anos, que vai de 1979 a 1989. Analisa a reconstrução do "Movimento Participação (MP)" e sua intervenção como ator político na conjuntura da Enfermagem brasileira, da saúde e da sociedade. Uma história desenvolvida na década de 1980, a partir da luta pela democratização da prática profissional e das entidades de enfermagem, construída estrategicamente em um processo de luta para ganhar a direção da ABEN no período de 1979/1989. As considerações finais levaram alguns pontos para reflexão, análise e avaliação em estudos e debates posteriores sobre as potencialidades do referido movimento frente aos desafios apresentados à Enfermagem e à Saúde no Brasil.

Inserindo-se nas análises sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), Barbosa (2003) estudou seu processo de descentralização em uma experiência em São José de Mipibú-RN, à luz da Constituição de 1988, suas leis e normas operacionais básicas, tomando como eixo de análise a evolução do SUS no avanço da municipalização, que passou a ter autoridade para definir e avaliar seus prestadores de serviços.

Já Santos Filho (2002) estudou o Conselho Municipal de Saúde (COSEMS), em uma experiência de Natal-RN (1991-2010), tratando-o a partir do fato de que o controle social é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contidas no Artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e em outras instâncias da legislação, o qual assegura à população sua participação efetiva no planejamento, execução, avaliação e controle da qualidade dos serviços de saúde, questionando se essa participação é posta no âmbito do COSEMS.

Nesse foco da participação da população no âmbito das instituições de saúde, bem como das gestões democráticas, Rêgo (2002) traz sua contribuição estudando "a difícil institucionalização de gestões participativas nos Conselhos Municipais de Saúde", a exemplo de Santos Filho (2002). Formalizado como extensão universitária, o estudo dessas ações de participação no âmbito universitário foca suas preocupações na gestão dos sistemas de saúde com a participação dos discentes, como foi o estudo de Toscano (2006), intitulado: "Extensão universitária e formação cidadã", o qual compara tais ações entre a UFRN e a UFBA. Discute a Extensão Universitária enquanto alternativa para as Universidades Públicas Brasileiras enfrentarem crises e desafios, na medida em que possibilita o diálogo com a sociedade. Busca compreender e interpretar a Extensão Universitária nas comunidades em que as experiências foram desenvolvidas, analisando duas práticas de extensão universitária na Universidade Federal do Rio Grande do Norte e na Universidade Federal da Bahia, através da interpretação da participação de professores, alunos e comunidade nos dois Programas: Saúde e Cidadania (SACI/UFRN) e Atividade Curricular em Comunidade (ACC/UFBA), no período de 2001 a 2004, envolvendo 51 sujeitos nos dois programas. Nos resultados identificou movimentos criativos e cheios de significados, dentre eles: vivência e ação; interação e diálogo; identidade e prática solidária; generosidade e responsabilidade; cidadania e condição humana; saber contextual e crítico. Sua conclusão foi que essas experiências contribuem para pensar uma Universidade atuante, dialogando com os interesses da comunidade, sem perder sua autonomia, formando profissionais responsáveis, solidários e cidadãos, agindo na construção de um conhecimento capaz de colaborar na superação da crise de legitimidade, desenvolvendo experiências inseridas na globalização alternativa, contra-hegemônica, uma vez que contemplam ações de luta pela emancipação social e formação cidadã.

Na instância da vivência do corpo discente/docente universitário da UFRN, a exemplo do que fez Toscano (2006), Silva, L. L. S. (2006), enfocou seu tema detendo-se nas "lembranças de alunos, imagens de professores", para apreender as narrativas e diálogos sobre

formação médica. Assim, discutiu a formação médica de forma contextualizada, com o objetivo de compreendê-la para interpretá-la através de lembranças de alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), desde sua criação em 1955, como Faculdade de Medicina de Natal-RN, até 1963, como Faculdade de Medicina da UFRN. Enfocou a mediação pedagógica dessa formação, visando promover o diálogo entre a história social da Medicina e as memórias de alunos e, ao mesmo tempo, buscava apreender as imagens dos professores que deixaram marcas significativas na vida dos alunos, em termos profissionais, sociais e culturais. Seus resultados finais apontaram que o momento histórico-social e cultural exigia currículos técnicos/racionais, mas, ao ser interpretado através da reconstrução das lembranças dos alunos, nos vestígios da mediação pedagógica da formação médica e nas imagens dos professores ainda vivificadas nas memórias, entende-se que a esses alunos foi ensinado um saber relacional que permitia o diálogo, a transmissão da experiência e o compromisso médico voltado para o atendimento e desejo de ajudar ao próximo, sendo os próprios professores exemplos de um saber contextual, com participação política e responsabilidade ética.

Na perspectiva da "formação cidadã" (TOSCANO, 2006) ou da mediação pedagógica (SILVA, L. L. S., 2006), Medeiros (2004) vai buscar a formação da comunidade "nas ondas do rádio", para conversar sobre saúde reprodutiva, elaborando um estudo sociocultural sobre a mediação do rádio como estratégia educativa, capaz de produzir e influenciar mudanças de comportamento e práticas ligadas à saúde sexual e reprodutiva da população nos municípios de Caicó, Currais Novos, Parelhas e São João do Sabugi, todos localizados na região do Seridó do Rio Grande do Norte e com os programas de rádio funcionando, mesmo com o fim das atividades do Projeto Saúde Reprodutiva em 2002. Concluiu que o rádio funciona como uma mediação educativa relativa para a população. Nos municípios de São João do Sabugi e Parelhas, considerados menores em relação a Currais Novos e Caicó, as teias de informação são mais reduzidas. Nem todos os meios de comunicação estão presentes na vida das pessoas, mas o rádio ocupa

mais espaço. Nos outros municípios, mais urbanizados, o rádio compete com outros veículos de comunicação. São outras fontes de informação que chegam até o receptor. Uma outra conclusão a que se chegou foi que a mediação cultural – isto é, os arranjos familiares, a situação socioeconômica de cada pessoa, os ambientes, enfim, o contexto cultural – é responsável pela construção social do sentido e dos significados das mensagens veiculadas pelo rádioou por qualquer outro meio de comunicação. Ocorre uma hibridização mediada pelos significados que as pessoas conseguem incorporar através de uma construção e uma interpretação que se fundamenta em todo o conjunto de conexões que se estabelecem e que são frutos dessa relação entre comunicação, cultura e política. Essa hibridização leva a uma tomada de posição, a uma mudança de comportamento que não é exclusivamente determinante pelos conteúdos veiculados através dos programas de rádio "Conversando Sobre Saúde Reprodutiva".

No âmbito da bioética e do biodireito o controle da saúde reprodutiva foi abordado por Bezerra (1995), estudando o aborto provocado, a partir do que foi observado entre as mulheres que procuravam a Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN, questão mais intimista e pessoal, sinalizando trabalhos mais invasivos e, com isso, necessitando-se de mais equilíbrio pessoal e ética por parte dos pesquisadores.

Nessa perspectiva temática, Medeiros (1996) procurou a "razão do discurso dos católicos para o controle da natalidade", e Medeiros (1999), na linha da saúde emocional, abordou dialogicamente prazer e padecer para estudar as questões do alcoolismo em trabalho intitulado "Hedonismo e alcoolismo no ato de beber: do prazer ao padecer".

Direcionando-nos à finalização do exame da produção científica do berçário de ideias que nos gestou, enquanto importantes estudos na área de sociedade e saúde, as abordagens referem-se agora à saúde mental, como o fez Wanderley (1990), quando estudou o processo da doença, sob o título "Esquizofrenia e família". Baseou-se em experiência profissional de terapeuta no convívio direto e cotidiano com famílias de esquizofrênicos, mapeando o universo familiar dos esquizofrênicos. Selecionou dois casos expressivos do universo da pesquisa, apresentando

os pontos críticos e a argumentação em torno do objeto de estudo. A intenção foi enfatizar a importância da família na formação do filho esquizofrênico, analisando quais situações e mecanismos, no âmbito familiar, poderiam ter interferido no processo de esquizofrenização. A instituição social família foi percebida como primeira e importante representante da sociedade e da cultura. A esquizofrenia foi representada como um fenômeno mental, em que ocorrem, entre outros comportamentos, a "cisão do psiquismo" e o distanciamento da realidade externa. Concluiu que as relações interpessoais entre os membros das famílias estudadas eram saturadas de conflitos, havendo comunicações contraditórias, relação de "duplo-vínculo", autoritarismo, competição entre seus membros e ocorrências de situações traumáticas, num dado momento do desenvolvimento do filho esquizofrênico.

O "transtorno mental e os golpes do destino" foram estudados por Rolim Neto (2005), visando apreender as representações sociais sobre a depressão e o suicídio. Já os "itinerários de uma dor emissária" foram discutidos por Barros (1998), para estudar a loucura em territórios Dogon (África Oeste), delimitando as formas pelas quais os conhecimentos e os sentidos atribuídos às formas de manifestações da loucura são organizados, as possibilidades de tratamento ou de abandono que se abrem na sociedade Dogon à pessoa considerada louca, bem como as inter-relações dessa problemática diferencial e as práticas sociais originárias dessa sociedade negro-africana.

Voltando à problemática do câncer de mama, Santos (2007) estudou as "narrativas de mulheres mastectomizadas sobre o câncer de mama", ouvindo-as para entender as consequências da doença sobre o corpo envelhecido, ressaltando a dimensão social, econômica e cultural do câncer de mama, demarcando os percursos institucionais, individuais e coletivos, contextualizando-o no âmbito do aumento da expectativa de vida e do número de idosos, ao considerar que os anos vividos a mais correspondem à exposição dos indivíduos a um conjunto de agressores ambientais e de processos próprios da constituição humana de desgaste natural, como as doenças crônico-degenerativas, a exemplo do câncer. Com esse estudo concluiu que as mulheres, ao

se defrontarem com a doença, precisavam definir novos e múltiplos papéis sociais devido às contingências que esta lhes impunha, redimensionando outras formas de viver.

Como vimos, apesar de sua magnitude enquanto problema de saúde pública, de estar no âmbito das políticas públicas e de representar grande ônus social e institucional, o câncer de mama continua a ser objeto de pesquisa muito mais explorado no âmbito das ciências da saúde e da saúde coletiva do que nas ciências humanas e sociais, conforme atesta o nosso inventário. Não existem, pois, nos diversificados Grupos de Pesquisa vinculados ao PPGCS/UFRN, trabalhos sobre o câncer em uma perspectiva sociológica, como vimos estudando, condição que justifica um amplo conjunto de esforços de pesquisa para compreender sua interface e complexidade enquanto foco de pesquisa.

Mostrou-se importante a identificação de trabalhos disponíveis, enquanto fontes de informação de pesquisa em sociedade e saúde e nas ciências sociais em saúde, que abordassem o entorno da doença, principalmente aqueles produzidos no contexto acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN, sendo fundamental religar saberes, revisitando outras colaborações de estudo, conforme será exposto mais adiante.

Assim evidenciando os estudos mais acadêmicos, bem como artigos científicos sobre o câncer da mama, registre-se que se trata de uma das neoplasias mais extensivamente estudadas no mundo todo em muitos aspectos, inclusive em relação às suas características epidemiológicas. Isso se deve ao fato de que o câncer de mama na mulher é uma das mais importantes causas de morbimortalidade por câncer em quase todas as populações do planeta desde a segunda metade do século XX (MUNHOZ, 2009).

É uma doença que cobra uma política assistencial resolutiva, capaz de atender às demandas por serviços especializados em quantidade e qualidade para a realização de exames, tratamento e reabilitação. Afora essas demandas, acrescenta-se a necessidade de uma política eficiente e duradoura de prevenção e controle da doença, visando preservar vidas e corresponder aos anseios da população, especialmente aquela mais pobre, que acorre aos serviços públicos de

saúde. Nessa perspectiva, a assistência pode ser considerada como necessidade de primeira ordem, mediante as condições de desigualdade social em que vivem aqueles que buscam o sistema público de saúde. Desse modo, a assistência é um bem a ser buscado e legitimado como conquista social, direito e cidadania no contexto do sistema público de saúde, necessitado de melhorias e aperfeiçoamento (MUNHOZ, 2009).

A propósito dessa condição, não se pode perder de vista que o Sistema Único de Saúde é fruto das lutas sociais ocorridas no Brasil, nas décadas de setenta e oitenta do século XX, cujos objetivos centrais eram a ampliação da noção do direito à saúde e a superação do acesso diferencial da população brasileira aos cuidados médicos. Para tanto, a criação de um espaço institucional em que esses objetivos pudessem se tornar realidade foi a maior conquista. Passado o período de sua institucionalização, esse espaço estruturante e estruturador da ação dos cidadãos brasileiros na busca por saúde mostra-se incapaz de concretizar aqueles objetivos (MENDOSA, 2006).

A experiência dos indivíduos e as normas que procuram materializar aqueles velhos ideais que caracterizam esse período apontam que resistem focos recorrentes de tensão quanto à possibilidade de efetivação do direito à atenção e à recuperação da saúde. Sob a consideração das pessoas como cidadãs e usuárias, cabe perguntar se estão ou não conquistando o atendimento e, possivelmente, se reafirme a precariedade do sistema. Desse modo, o padrão de acesso diferencial aos bens e serviços destinados à recuperação da saúde individual é mantido, pois o espaço desse sistema continua sendo ocupado pelos pobres ou por aqueles em situação de vulnerabilidade social (MENDOSA, 2006).

Em relação ao câncer de mama, essa situação é ainda mais complexa, pois a doença continua longe de um controle adequado, fato que mais se agrava somado às estimativas de milhares de casos novos da doença a cada ano. Por essa razão, controlar a doença se torna um imperativo e uma necessidade social, afora o fato de ainda não se dispor das condições ideais para uma assistência adequada em todo o território nacional, o que denuncia ainda mais a gravidade do problema, afirma ainda Mendosa (2006).

A saúde no Brasil contemporâneo faz parte também das análises de Rocha (2006), ao discutir as políticas de saúde no Brasil nas décadas de 1980 e 1990, suas características essenciais, assim como seus impasses e principais determinantes, na atualidade das últimas décadas. Discute ainda o cenário das grandes transformações produzidas pela globalização econômica e as dimensões dessa crise e suas profundas repercussões em nosso país.Um dos objetivos centrais do artigo é o de rastrear a emergência dessa agenda de globalização econômica e de sua estratégia neoliberal como elementos subordinantes das políticas de saúde.Portanto, esse artigo se propõe a discutir a situação atual das políticas de saúde no Brasil como mecanismo de proteção social integrado, tanto a uma realidade econômica do desenvolvimento capitalista quanto a uma realidade política do Estado brasileiro. Conclui que o setor saúde passa a se vincular diretamente às vicissitudes de nova estratégia capitalista, marcada pela exclusão e marginalidade das questões sociais.

Enquanto isso, Vasconcelos (2006), ao estudar as gestões do SUS, afirma existir uma interação conflitiva entre os gestores. Observa a gestão intergovernamental e a necessidade de mudanças nas formas de atuação dos agentes governamentais para manter a coerência com um sistema descentralizado. Aponta a dificuldade de coordenação do sistema nas três esferas de gestão, em função do modelo organizacional baseado na hierarquização, na fragmentação e na compartimentalização dos órgãos do governo, agravando-se pela reprodução dessa lógica nos hospitais, unidades especializadas ou centros de saúde. Afirma, entretanto, que nem tudo é deserto nesse campo. Há inúmeras experiências bem sucedidas de gestão no âmbito dos municípios e de alguns serviços que exploram a capacidade criativa e inovadora das equipes de gestão que apostaram nas potencialidades da cogestão para promover mudanças na lógica da organização e funcionamento dos sistemas e serviços de saúde, alterando a relação entre os trabalhadores e destes com os usuários.

No esteio daquelas mudanças que resultaram no SUS, veio a nova política de assistência oncológica, implantada em novembro de 1999 (BRITO; PORTELA; VASCONCELOS, 2005), como possibilidade

de instituição e regulamentação dos serviços e de unidades visando aumentar a capacidade de atendimento e de cobertura populacional. Entretanto, como bem pondera Kligerman (2000b), concretizar as ideias exige planejamento, ações concretas e tempo para executá-las. Isso porque o governo tem de manter as unidades públicas e bancar todos os custos da prevenção, detecção precoce e tratamento, além da manutenção dos programas de prevenção e detecção precoce do câncer (KLIGERMAN, 2000b). Toda essa estrutura requer formas eficientes de gerenciamento e a formulação de uma política adequada aos fins que almeja, além de uma padronização de procedimentos em toda a rede de serviços e uma avaliação contínua dos mesmos.

Estudando a assistência oncológica no Rio de Janeiro, Brito, Portela e Vasconcelos (2005) fizeram um estudo sobre o tratamento do câncer de mama nas unidades credenciadas pelo SUS, através do qual identificaram o predomínio do tratamento nos Centros de Alta Complexidade Oncológica e em unidades públicas. Observaram a má distribuição dos atendimentos em relação às unidades credenciadas, com a maioria dos tratamentos sendo executados por apenas uma única unidade assistencial. O perfil de uso das intervenções terapêuticas variou nas unidades isoladas credenciadas entre pacientes cobertas e não cobertas por planos de saúde, com as últimas apresentando menor uso das intervenções consideradas. Foi identificada a subutilização de terapêuticas recomendadas, bem como o uso de intervenções contraindicadas, observando que 43,9% da população estudada foi diagnosticada sem a perspectiva de cura, além de terem identificado diferenças relevantes entre os tipos de unidades credenciadas, que apontam para a necessidade de implantar recomendações práticas para a política nacional de controle do câncer.

A admissão hospitalar para cirurgia por câncer de mama foi analisada por Almeida *et al.* (2009), que afirmaram ser esse um momento singular, com significados particulares na vida das mulheres que a experienciam e que envolve profissionais de enfermagem como os principais responsáveis na realização desse procedimento, os quais nem sempre estão preparados para realizá-lo de forma mais humanizada. O estudo foi

realizado em um hospital escola de um município paulista e os resultados mostraram que os sentimentos das mulheres admitidas foram pouco considerados no processo, o qual privilegiou a organização do espaço físico e a avaliação dos dados antropométricos, acarretando lacunas no acolhimento dessas mulheres. A partir disso, apresenta-se a humanização da assistência como um objetivo que pode ser alcançado através de práticas dialogadas e reflexivas.

Gadelha (2002) analisou a assistência oncológica no Brasil com base em pressupostos gerais e estimativas da necessidade de unidades, estimada a partir de dados populacionais e de casos novos anuais esperados por estado e regionalmente. Os resultados da comparação com os dados da produção de quimioterapia e de radioterapia demonstram que, exceto por alguns estados, a disponibilidade numérica de unidades cadastradas é excessiva, suficiente ou minimamente deficitária, mas a produção paga é menor do que a necessidade estadual ou regional estimada.

O estudo identifica que essa realidade não se aplica à região Sudeste, cujos estados são deficitários, em número de unidades e da produção. Essa situação é agravada considerando-se que os pressupostos e as estimativas basearam-se na respectiva população residente e que essa região detém os estados mais populosos da federação e concentra um grande número de casos de tratamento fora de domicílio. A partir dos resultados, foram apresentadas sugestões para adequar a assistência oncológica. Em um primeiro momento, recomendou-se a aplicação de fatores para a correção das diferenças estaduais e regionais e, em seguida, a revisão dos cadastramentos para somente recadastrar com base na necessidade populacional e em uma capacidade mínima operacional. Uma terceira dimensão seria a garantia do financiamento para o aumento da produção. Por fim, recomenda-se avançar nos mecanismos de controle e avaliação dos procedimentos para elaborar um modelo de avaliação qualitativa dos serviços prestados.

No que se refere à assistência de enfermagem às pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico, Freire (2006) aborda a promoção da qualidade de vida às pacientes com câncer de mama em

tratamento quimioterápico, destacando que para tal são necessários conhecimentos técnico-científicos especializados, aliados às habilidades interpessoais, com envolvimento de familiares/cuidadores, além de ser preciso considerar os recursos disponíveis e as estratégias de enfrentamento de cada paciente/familiar. Analisa a incorporação tecnológica no planejamento da assistência de enfermagem às pacientes em tratamento por câncer de mama que engloba as novas tecnologias para cuidar (*hardware*) associadas ao cuidado individualizado e humano (*software*). Em uma outra categoria, afirma que todos os profissionais devem aprender a lidar com situações de pacientes com fadiga, lançando mão dos novos conhecimentos científicos e estratégias na abordagem e no cuidado diário. Estuda ainda a reação adversa ao quimioterápico que exige controle para diminuição ou melhora das reações adversas às drogas utilizadas e as consequências físicas e psicológicas associadas a esse tipo de tratamento. Conclui sua revisão ao afirmar que o papel dos profissionais é extremamente importante para melhorar a qualidade de vida das pacientes com câncer de mama, submetidas ao tratamento quimioterápico e com resultados positivos ao seu término. Os profissionais que trabalham nessa área devem ser capacitados e estar constantemente fazendo cursos de aperfeiçoamento e de educação permanente, pois se exige do profissional conhecimento técnico-científico e habilidades interpessoais para estabelecer um vínculo terapêutico.

Essa necessidade de educação em saúde também foi abordada por Parada *et al.* (2008), quando enfocaram a necessidade de engajamento efetivo dos diversos atores na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial para que as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados. Por outro lado, sabe-se que esse controle requer tecnologia avançada, pois, sem ela, controlar o câncer seria improvável. Entretanto, o uso da tecnologia passa a integrar também uma dimensão política e social que segue os mesmos fundamentos para cuidado com o doente.

A propósito disso, como refletem Secoli, Padilha e Leite (2005), o grande desafio atual é preparar profissionais de forma a garantir a atualização e incorporação de conhecimentos necessários para o uso

dos recursos tecnológicos existentes, em velocidade que os aproxime das máquinas, sem que se percam valores humanos fundamentais.

Em perspectiva correlata, Gomes Júnior e Almeida (2009) realizaram estudo com o objetivo de desenvolver um modelo de simulação para estimar a infraestrutura necessária à assistência oncológica no sistema público de saúde do Estado de São Paulo. O modelo estimou a necessidade de cirurgia para 52,5% dos casos de câncer, radioterapia para 42,7% e quimioterapia para 48,5%, e foram identificados dois subgrupos de casos com tempo médio de utilização diferenciado para radioterapia e quatro subgrupos para quimioterapia. Com esses parâmetros, a infraestrutura estimada foi de: 147 salas de cirurgia; 2.653 leitos cirúrgicos; 297 poltronas de quimioterapia; e 102 equipamentos de terapia por radiação. Essas estimativas indicam a necessidade de aumentar os serviços de quimioterapia em 1,2 e os serviços de radioterapia em 2,4 vezes em relação aos parâmetros de programação utilizados atualmente no sistema público de saúde. De acordo com o estudo, a utilização de modelos dessa natureza propicia uma melhor distribuição dos recursos em saúde, uma vez que toma como base a necessidade assistencial regional.

Na perspectiva da relevância da produção de informações para compreender a produção dessa assistência, Gomes Júnior e Almeida (2006) compararam o padrão de registro dos dados de produção de quimioterapia e radioterapia dos municípios do Rio de Janeiro e Belo Horizonte, no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, no período de novembro de 1998 a fevereiro de 2003. Ambos os municípios mostraram uma tendência de alta na série de produção de quimioterapia e apenas o Rio de Janeiro, na série de radioterapia. Este último ainda apresentou um atraso de três meses no registro de produção, devido às unidades públicas. Em Belo Horizonte, o atraso foi menor, não tendo sido observado diferença no registro da produção entre as unidades públicas e as contratadas. A diferença observada entre os municípios parece estar associada ao fato de Belo Horizonte dispor de um sistema de controle e avaliação da produção anterior a 1998, ano da implantação do Sistema.

Avaliando o tratamento de pacientes com câncer de mama,

Brito (2004) buscou associar as características estruturais e intervenções praticadas nas unidades credenciadas pelo SUS no estado do Rio de Janeiro e a probabilidade de sobrevida de pacientes com câncer de mama, controlando variáveis demográficas e clínicas pertinentes às pacientes. Os resultados mostraram diferenças na sobrevida de mulheres com câncer de mama, relacionadas a características das unidades e intervenções aplicadas, independentemente do efeito de características clínicas das pacientes, com implicações práticas para a formulação de políticas na área assistencial.

Esses resultados revelam que o controle do câncer em nosso país representa, atualmente, um dos grandes desafios da saúde pública porque, além de ser a segunda causa de morte por doença, demanda a realização de ações de variados níveis de complexidade. Entre elas, está a gestão da informação que, em contrapartida à dimensão de seus números, demonstra ter uma visibilidade inadequada por parte da sociedade brasileira e mesmo por parte dos profissionais de saúde, no sentido de se viabilizar um gerenciamento adequado de dados acerca da doença no país. Nesse sentido, é recomendável um modelo de um ambiente informacional que sirva como uma ferramenta auxiliar à gestão do SUS na tomada de decisão para o controle do câncer de mama no Brasil (MARTINS, 2009), sendo esse um dos desafios da assistência oncológica no país.

Para dar subsídios a um novo modelo de atenção ao câncer no estado de São Paulo, Naffah Filho e Cecílio (2006) ressaltaram aquele princípio da Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo o qual um programa de controle do câncer é um programa de saúde pública destinado a reduzir a incidência e a mortalidade dos tumores malignos e a melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, mediante a aplicação sistemática e equitativa de estratégias baseadas em dados para a prevenção, a detecção precoce, o tratamento e avaliação, fazendo o melhor uso possível dos recursos disponíveis.

Prosseguem os autores, afirmando que a implantação de um programa de atenção ao câncer se faz necessária sempre que: a doença tenha importância epidemiológica; exista uma tendência crescente

dos fatores de risco; seja preciso utilizar recursos escassos de uma forma eficaz. Nesse sentido, parece claro que no Brasil, e particularmente no Estado de São Paulo, as condições epidemiológicas já descritas referentes à doença apontam no sentido da premência para a definição de um novo programa de combate ao câncer.

Apesar disso, a tarefa não é fácil e o caminho é longo, afirmam Naffah Filho e Cecílio (2006). Para eles, problemas de diversos aspectos podem ser apontados como obstáculos a serem vencidos, sendo que talvez o maior deles diga respeito à carência de recursos, resultado do pequeno investimento em saúde realizado pelo Brasil. Soma-se a isso uma estruturação ainda incipiente do SUS, a inadequação dos mecanismos de controle adotados pelo setor público e também um sistema de informações desarticulado, dificultando ainda mais o planejamento adequado das ações.

Consideram que a experiência já vivenciada por outros países indica que começar em pequena escala é o mais aconselhável, pois, como regra, o êxito gera êxito. Dessa forma, ponderam que a opção de concentrar esforços em um projeto piloto, em uma região que ofereça boas possibilidades de êxito, pode ser uma boa estratégia para a minimização das dificuldades. De qualquer forma, pensam que é necessário: avançar na implantação de um novo modelo de atenção ao câncer, que contemple os objetivos de redução dos riscos da doença e detecção precoce dos casos; proporcionar terapia curativa e atenção adequada aos pacientes com doença avançada, tendo sempre como foco a redução das desigualdades.

Em uma outra perspectiva, a revisão sistemática da literatura (2004-2009) desenvolvida por Santos e Vieira (2011) aborda a imagem corporal de mulheres com câncer de mama, tema praticamente negligenciado pelos profissionais da saúde que estão sempre preocupados com a cura e nunca pensam em como as mulheres veem seu corpo após o tratamento, mesmo sendo este um importante processo de reformulação da imagem corporal vivido por essas mulheres que enfrentam o câncer de mama. Enfatizam as autoras a importância da compreensão da relação que o câncer de mama e seus tratamentos têm no processo de (re)elaboração da imagem corporal das mulheres, visando assim ao fomento de

subsídios para a formação e a capacitação de profissionais de saúde mais atentos à promoção da qualidade de vida delas. Finalizam suas discussões destacando a necessidade de mais estudos que contemplem características socioculturais de mulheres com câncer de mama, sobre diferenças na (re)elaboração da imagem corporal de mulheres jovens e de mulheres mais velhas, e de publicações brasileiras sobre a experiência pessoal e aspectos socioculturais específicos de mulheres com câncer de mama.

Já Vieira (2012) vem desenvolvendo pesquisas sobre outro tema também considerado pouco estudado, que é a sexualidade das mulheres afetadas pelo câncer de mama. Avaliando os casos de 139 mulheres brasileiras em pesquisa desenvolvida na Universidade de São Paulo (USP), afirma que quase 50% delas mantinham vida sexual ativa pelo menos um ano após o diagnóstico de câncer de mama, embora estivessem muito preocupadas com a aceitação da sua imagem corporal. Resultado semelhante foi verificado quando comparadas com mulheres francesas na mesma situação, mas já nota-se que a questão da imagem corporal tem um peso muito maior para as mulheres brasileiras, que estão mais habituadas a mostrar o corpo. Mais uma vez, o estudo apontou a falta de educação em saúde para os profissionais da saúde, que não estão preparados para orientar essas pacientes sobre questões ligadas à sexualidade.

Por outro lado, o estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo de útero em mulheres brasileiras foi estudado por Thuler e Mendonça (2005), que analisaram a evolução temporal do estadiamento no momento do diagnóstico desses dois tipos de câncer em mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em uma primeira etapa foram identificados os relatórios disponíveis, contendo a descrição do estadiamento clínico inicial dos casos de câncer atendidos nos hospitais brasileiros. Considerando-se sua escassez e pouca representatividade, realizou-se uma segunda etapa na qual foi efetuada busca ativa de informações. Uma planilha foi enviada por via postal a todos (n=173) os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) cadastrados pelo Ministério da Saúde para atendimento ao SUS, solicitando informações para o período compreendido entre 1995 e 2002. Para a análise estatística, foi utilizado o programa "R". Os resultados são apresentados como

percentuais e *boxplots*. Na primeira etapa (1990-1994), foram identificadas informações de 18 hospitais, referentes a 7.458 pacientes com câncer de mama, e 7.216 pacientes com câncer do colo do útero. A mediana de casos diagnosticados em estádio avançado (estádios III e IV) foi de 52,6 e 56,8%, respectivamente. Na segunda etapa (1995-2002), foram obtidas informações de 89 hospitais e sete serviços isolados de quimioterapia ou radioterapia, referentes a 43.442 casos de câncer de mama e 29.263 casos de câncer de colo do útero. A taxa de resposta, baseada na listagem inicial de CACONs, foi de 55%. A mediana do percentual de pacientes em estádio avançado foi de 45,3% para os casos de câncer de mama e de 45,5% para os casos de câncer do colo do útero. Concluem que, no Brasil, poucos estudos analisaram as tendências temporais do estadiamento dos casos de câncer. Os dados obtidos a partir dos registros hospitalares de câncer mostraram que, na última década, houve redução no percentual de casos de câncer de mama e do colo do útero em estádio avançado, o que pode indicar que nas regiões onde esses hospitais estão localizados houve melhora na detecção precoce de tais tipos de câncer.

O estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no Rio Grande do Sul, foi focalizado por Moraes *et al.*(2006). Os autores realizaram estudo retrospectivo de base hospitalar para descrever as condições de saúde e estimar a sobrevida de 252 pacientes, com diagnóstico prévio de câncer de mama, tratadas e acompanhadas no Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário, no período de 1980 a 2000. A idade média das pacientes foi 54 anos, sendo que 73,4% apresentaram diagnóstico histológico de carcinoma ductal invasor, 63,9% não apresentaram comprometimento dos linfonodos regionais e 57,6% encontravam-se no estadiamento clínico II. Ao final do estudo, 64,7% das mulheres estavam vivas e sem câncer de mama, e 5,1% morreram por outra causa. A sobrevida estimada em cinco anos foi de 87,7 %, sendo os fatores prognósticos associados: tamanho do tumor (RR = 12,03; >5cm), comprometimento (RR = 3,08; N1) e número de linfonodos ressecados (RR = 4,66; Nenhum), receptor de estrógeno (RR = 0,34) e c-erbB-2 (RR = 2,51). Com base nos

achados desse estudo, destaca-se a importância de ações intensivas de orientação para implementar o rastreamento do câncer de mama, levando a diagnósticos em estádios precoces dessa neoplasia.

Por sua vez, o modelo tecno-assistencial do mercado supletivo, seus atores e a qualidade de assistência foram analisados por Padilha e Malik (2007), na perspectiva de identificação de padrões assistenciais no setor de saúde suplementar. Foram descritos os itinerários diagnósticos e terapêuticos para determinado subgrupo de patologias marcadoras para o processo assistencial e relevantes para o perfil de necessidades da população, coberta pela assistência suplementar.

Nessa perspectiva, foram selecionadas, dentre as neoplasias, o câncer de mama e as leucemias e linfomas como patologias traçadoras, identificadas por meio de entrevistas realizadas com operadoras, médicos e pacientes, além da análise de prontuários em prestadores hospitalares e base de dados de óbitos ocorridos no município de São Paulo e banco de dados da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo com as saídas hospitalares dos prestadores privados (Boletim CIH). Cruzando-se essas bases, foi extraída amostra de pacientes internados com o diagnóstico de câncer de mama e leucemias e linfomas atendidos por prestadores privados na região metropolitana de São Paulo para os anos de 2004 e 2005. Dessa maneira, foram identificados padrões assistenciais para as afecções selecionadas, formas de gestão das operadoras e os principais conflitos entre os diversos atores no mercado suplementar de saúde da região metropolitana de São Paulo.

Desse modo, como reflete Santos (2007), o interior do hospital integra o sistema de saúde e a sua política reflete os elementos que conformam a assistência à saúde de mulheres com câncer de mama. Estudando esse grupo, ele identificou que o câncer de mama é uma doença que causa muita apreensão e medo, alcançando e modificando a biografia da mulher doente, expandindo-se desde uma série de fatores inter-relacionados que partem do seu corpo ao contexto social e às próprias questões recrudescentes e insolúveis do sistema de saúde.

Ao mesmo tempo em que se apontam essas questões como elementos importantes para as reflexões iniciais em torno desta proposta

de estudo, busca-se expressar a existência latente dessas relações. Elas indicam as interações dos agentes sociais em saúde, entre os quais doentes e profissionais emergem como personagens importantes, delineando experiências individuais e grupais sobre a doença e sobre a assistência à saúde. Esse conjunto relacional também informa sobre saberes e práticas sociais em torno da doença que acabam por definir-la enquanto dado médico e social e inscreve um panorama dinâmico das relações sociais na arena de convívio cotidiano desses agentes nas ações em saúde no seio da política de assistência.

Esse também se constitui um campo aberto para pesquisas sociais ainda pouco exploradas em nosso meio, o que também configura a sua relevância enquanto objeto de estudo para as ciências sociais.

Tal interesse acerca do processo saúde/doença tem possibilitado suscitar e debater a relação entre sociedade e saúde e sobre a forma como os indivíduos, social e culturalmente, no contexto da experiência da doença e de suas interações sociais, se localizam e (re) constroem espaços sociais interativos, que reconfiguram as relações sociais a partir da experimentação da doença. Esse é um processo através do qual é possível compreender a assistência às mulheres com câncer de mama, como resultado da política de saúde para controle da doença. Através das interações dos indivíduos que experimentam o processo de adoecimento, ocorre um contínuo (re)fazer compreensivo da doença e da condição de doente. As impressões que são capturadas, por meio das interações sociais, pelo sujeito sobre o seu entorno formam um panorama dinâmico acerca de si, da doença, da assistência e, por conseguinte, do próprio sistema de saúde. A seguir, emitiremos nossas considerações em torno da saúde-doença.

Considerações em torno da saúde-doença

O processo saúde-doença merece a atenção das ciências sociais, sobretudo pela concepção de que não se encerra no campo biológico nem no domínio biomédico, porque está circunscrito em uma série de fatores políticos, econômicos, sociais e culturais, como já asseguramos. O câncer, marcadamente no contexto desses fatores, tem se evidenciado como uma doença relacionada às mudanças sociais amplas e também ao modo como as compreendemos, especialmente no contexto mundial da urbanização, industrialização e estilos de vida que caracterizam o mundo contemporâneo e, é claro, sem desconsiderar sua dimensão biológica.

Em decorrência do maior controle sobre as doenças que afetavam os países menos desenvolvidos, observa-se nas últimas décadas uma transição demográfica e epidemiológica importante, demarcando novos espaços sociais e a própria existência social. A constatação é de que as pessoas estão vivendo mais e, com isso, estão expostas a uma série de fatores ambientais, além daqueles característicos do processo de envelhecimento.

É um processo complexo, com múltiplos fatores que se inter-relacionam, e pressupõe a conjunção de olhares polissêmicos sobre a sua

dinâmica social e para sua compreensão e desvendamento, ou seja, existe a necessidade de melhor conhecer tais fatores em suas diversas manifestações para melhor compreendê-los. Em relação ao objeto de estudo deste trabalho não é diferente, parte-se dessas mesmas considerações.

COMPLEXIDADE E DOENÇA

O homem vive imerso na incerteza, em busca do desconhecido e de desvendar os mistérios e fenômenos que o cercam: vive no eterno porvir, em busca de respostas, crê na ciência. Através dela vislumbra decifrar os códigos do universo, do corpo, da doença, das tramas sociais, do enredo histórico, do passado e da natureza. De forma incessante, busca explicar, explorar e dominar tais fenômenos. O corpo, enquanto "objeto" de manipulação, é um dos elementos de estudo da cultura científica moderna, através da qual atende a diversos fins: fornece substâncias para testes laboratoriais em uma série de pesquisas sobre novos produtos farmacêuticos, nutricionais e estéticos. Dele e para ele são projetados incontáveis produtos e serviços, que incluem os de alimentação, vestuário, cosméticos e de saúde, os quais passam a integrar a gama infindável de outros itens colocados à venda no mercado de consumo, cada um com seu preço variável, que designa os sujeitos que a eles terão acesso.

Esse mesmo homem acredita poder antecipar-se ao futuro, para torná-lo previsível e, através dos cálculos (físicos, químicos, matemáticos), pretende traduzir o universo em linguagem numérica, quase indubitável, através da qual crê dar conta dos "objetos" sobre os quais se debruça, incluindo-se o próprio homem, a natureza e o espaço longínquo. Para tanto, ocupa-se da pesquisa e das tecnologias a fim de conseguir tal intento. A ciência torna-se forma de pensamento e ação motriz para as descobertas e especulações sobre as formas "vivas e não vivas". Quase tudo é possível ao alcance da ciência, desde a negação de Deus à crença na providência científica, que marca o pensamento moderno e as "criações tecnológicas" em todos os campos do conhecimento, da engenharia mecânica à engenharia genética, do macro ao micro espaço, da macro à micro matéria, do micro ao macro cosmo, que colocam a

vida e as relações humanas num patamar nunca antes visto.

Essa forma de pensar e de achar possível obter sucesso pela ciência é característico do homem moderno, cada dia mais crente na sua superioridade frente a outros elementos da natureza e a outros semelhantes seus, sugerindo uma certa negação do seu próprio existir, quando não reconhece a dimensão do seu entorno mais amplo. Esse homem tem como intenção progredir, transformar para confirmar o paradigma científico moderno, sob o discurso da neutralidade, experimentação e objetividade que caracteriza as práticas dos cientistas e dos produtores do conhecimento, dos produtores de grãos aos produtores das necessidades de saúde e de serviços, equipamentos e insumos médicos; enfim, dos grandes industriais e corporações mundiais.

Esse paradigma demarca a forma de pensar e produzir na modernidade, incluindo-se os produtos necessários para a sobrevivência que são "desnaturalizados" pela transgênese e pela indústria tecnocientífica, química e laboratorial. Esses produtos também correspondem a novas formas de exploração da natureza, e é a mais evidente prova da eficiência e eficácia da tecnociência, contraposta às grandes margens de necessidades humanas por alimentação e saúde, especialmente entre as camadas mais pobres do mundo. Tal situação faz lembrar que muito se discute sobre as conquistas da ciência moderna, que tornou a vida humana "mais cômoda", a exemplo da massificação mundial dos "objetos eletroeletrônicos". Eles são a síntese de quase tudo rotulado como melhoria propiciada pela indústria, pela economia e globalização. Quando se quer discutir números relativos à qualidade de vida das pessoas, são exemplos: a internet e a TV digital, além das denominadas políticas de inclusão digital, em paradoxo aos territórios para os quais se destinam, caracterizados pela violência, criminalidade, tráfico de drogas, falta de escolas e de infraestrutura. São objetos que se estendem a todas as casas do mundo onde as telecomunicações tenham alcançado o monopólio da educação, do lazer e entretenimento, das emendas políticas, e porque não dizer, das formas de pensar e de resistir socialmente. Por outro lado, os problemas sociais aumentam, e indicam a necessidade de enfrentamento e

resolução das grandes desigualdades no que concerne ao acesso aos alimentos, à água, ao saneamento básico, à habitação, à educação e ao sistema de saúde.

Esse panorama amplo também é um indicativo de que o discurso da ciência a torna uma espécie de centro de resolução dos problemas para todos os segmentos da vida humana. É como se ela fosse quase um ser onipresente, um milagre de tornar possível um padrão de pensamento e de produção, ainda mais hoje sob o argumento de uma globalização, que acaba encapsulando o homem, a natureza e a cultura, rompendo as diferenças e se alastrando pelo mundo afora. Entretanto, um olhar mais atencioso e crítico denuncia que essa visão estrita de ciência, sobretudo entre aqueles que advogam uma ciência neutra, exata, pura e absoluta, é também uma das causas que afetam os indivíduos modernos em sua forma de pensar e produzir, e resulta no mal-estar que caracteriza o mundo moderno e traduz o homem da modernidade. Seu olhar reduzido esfacela seu agir sobre o social, sobre o próprio homem e sua humanidade, não diferentemente dicotomiza homem/cientista da(s) ciência(s), que se autonomiza(m); dualiza sociedade e cultura, saúde e doença, doença e doente, também objetados e transformados em bens de consumo.

Essa forma de pensar no centro da ciência está presente na maioria das instâncias de formação, balizando condutas individuais e coletivas, num momento em que a ideia de unidade e de todo perde espaço para os particularismos e individualismos no seio da fragmentação. De tudo isso que foi expresso, cabe indagar: qual a repercussão dessas questões sobre a compreensão e práticas em torno da doença?

É nesse cenário que se busca lançar a reflexão sobre a doença, enquanto dimensão complexa, regida por uma dinâmica intermitente entre os laços biológicos, anatômicos, físico-químicos e socioculturais. De outra forma, afirma-se a existência de um campo complexo e emblemático em torno da doença, que não encontraria espaço para essas reflexões se ela fosse tão somente considerada como mero objeto de uma razão científica neutra e objetiva, de um único "ramo" do saber que a explicasse. É que tanto a doença quanto as representações que ela carrega formam um campo polissêmico e codependente mesmo das demais reflexões humanas, pois

expressa a própria condição do viver, do ser e estar humano. Logo, refletir sobre a doença também é referir-se a experimentações próprias do existir, de sofrer, de sentir dor, de curar-se: degeneração, regeneração – recombinações – processo contido de incertezas e flutuações.

No sentido da experimentação da doença, assume-se que ela extrapola a visão biomédica de sua explicação e se assenta em meio a uma série de configurações e inter-relações individuais e coletivas que estabelece a necessidade de um novo olhar sobre esse processo complexo. Significa dizer que, de tão acostumados a enfatizar a doença bem mais do que a pessoa por ela afetada, os indivíduos tenham dado vida em excesso ao adoecimento e deixado de lado o ser humano que adoece, no jargão biomédico, o paciente.

A princípio, crê-se oportuno problematizar os termos doente ou paciente, por crermos que informam pouco sobre o ser que o homem é. Esses termos designam uma inércia por parte da pessoa afetada, a tal ponto que se chega a crer que, mesmo o viver, em certos momentos e em certas patologias, dependa, exclusivamente, das externalidades – as especialidades e os especialistas – e não do próprio indivíduo. De outro modo, significa dizer que as explicações e enfrentamentos são baseados numa cultura de diagnóstico e prognóstico da ciência biomédica que é lançada sobre a pessoa doente e que informa, na maioria das vezes, a verdade indubitável sobre o presente (diagnóstico) e sobre o futuro (prognóstico) que balizarão condutas individuais e coletivas frente à patologia.

Desse modo, o ser existencial recebe um quantitativo de informações sobre o que deve ou não fazer, o que pode ou não experimentar, ou mesmo o que deve deixar de lado para continuar a existir. Quase sempre, a doença é pontuada pelo saber leigo e científico como indício de probabilidades – chances a curto e longo prazo – e extremidades – sequelas ou caminhos sem volta – especialmente quando o campo em questão informa sobre as doenças crônico-degenerativas, a exemplo do câncer.

A propósito dessa abordagem inicial e retomando a discussão a termo da insuficiência biomédica para dar conta da complexidade do adoecer, pontua-se que as formas como cada indivíduo afetado se relaciona com a doença estarão ligadas diretamente às suas formas de inserção social, na qualidade da assistência médica e na organização do sistema de saúde.

Desse modo, as considerações deste trabalho buscam escapar à compreensão que se pretende única e definitiva ou fixa em um único campo do conhecimento. Também declara a compreensão de que a doença só pode ser mais bem compreendida através da convergência de olhares polissêmicos sobre ela. Na verdade, considera-se que a doença é mais que um fenômeno descritivo, informativo e diagnóstico; é um fenômeno singular e universal no e do ser humano, através do qual a vida também se funda e funda a complexidade do existir humano, seus dilemas e seus reveses também.

Compreende-se ainda que a doença constitui-se não como um intruso que deve ser expulso, um mal a ser extirpado apenas. É um estágio da vida que precisa ser compreendido, refletido, para que se perceba nele uma parte indissociável da própria condição do existir, ou seja, em algum momento da vida o homem é afetado por alguma "anormalidade" significada e diagnosticada com o termo doença. Essa reflexão reclama a própria suscitação do sentido da existência e do homem, porque revela a natureza dessas categorias e possibilita (re) pensar seus significados. Por não poder escapar ao desgaste natural da emblemática e complexa unidade corpórea, o homem é navegador e navegado na e pela incerteza das projeções que ela suscita e executa, porque também significa a existência de campos objetivos e subjetivos que ocupam o mesmo espaço, o mesmo corpo, pela doença manifestada no e pelo homem.

Essa compreensão do existir do adoecimento remete ao campo das relações do ser coletivo que o homem é, e ao reconhecimento de que aquilo que caracteriza o ser doente é a doença; nada mais humano do que ela, visto que nada mais se manifesta de forma tão intensa e complexa e que mobiliza dimensões físicas, biológicas, psicológicas, sociológicas, antropológicas e culturais. Não menos verdade é que, embora ocorra individualmente, seu contexto se funda em coletivos e seu impacto e significação dependerão de uma série de relações existenciais e sociais entre os coletivos das pessoas que experimentam o processo de adoecimento, de formas e intensidades distintas, objetivadas e subjetivadas, complexas.

Para essas observações, corrobora-se o pensamento de Morin (1991), que fala de solidariedades vividas e da existência de uma ambiguidade de luta, de resistência, de colaboração, de antagonismo e de complementaridade necessária no que se refere à complexidade.

Tal entendimento permite lançar um novo olhar também sobre a saúde, porque seu arcabouço teórico coloca em evidência a humanidade do homem e a necessidade de olhares convergentes/divergentes sobre os problemas humanos e planetários porque são complexos e não encontrariam em única disciplina o olhar definitivo para a sua compreensão. Também aponta que os eventos da vida humana não podem nem devem ser vistos ou considerados em separado, porque seria uma operação simplista da realidade e, de forma exacerbada, uma aniquilação. Significa para o homem a não possibilidade de escapar aos infortúnios como a doença e a morte, visto que são elementos e fatos que perfazem e refazem a jornada de todas as vidas, indissociáveis da natureza humana.

Essa noção moriniana tem pertinência precisamente porque também enfocará uma ética humana do existir, na perspectiva da responsabilidade com a vida e com a natureza, quando alude que se vive para a morte e se vive para a vida – processo de renovação, regeneração, auto-organização. Nasce-se, portanto, para a vida e para a morte, e não é elementar dizer que a certeza/incerteza é a própria vida e que a certeza nem mesmo é a própria morte, no sentido em que se considera a vida como ciclo que será concluído em um dado ponto do percurso da vida do indivíduo, sem que ele saiba qual: é o porvir. Por outro lado, também não seria elementar dizer que se recomeça com a morte, no sentido em que a partir dela nascerá sempre uma reflexão sobre a jornada humana e sua continuação pelo nascimento de novas criaturas que demarcarão, pelas próximas gerações, novas trajetórias e participarão da odisseia vida/morte/vida, recursivamente, como processo necessário à história da humanidade, que é a do conjunto híbrido da existência. Vida e morte consideradas como um duplo necessário, como pares opostos no sentido da definição, que irremediavelmente convivem em lados possivelmente antagônicos, jamais excludentes,

porque ambos necessitam-se para serem explicados e compreendidos, porque dizem respeito à nossa própria existência, aos nossos caminhos e descaminhos, encontros e desencontros.

Desse mesmo ponto de vista, assume-se que a abordagem da doença não encontrará, tão somente no paradigma cartesiano e mecanicista, sua fonte de explicação, porque não refletirá esse sentido que se pretende considerar ou recuperar. Logo se se quer pensar na perspectiva do adoecimento, também é preciso se desprender de uma visão que se pretende inequívoca e verdadeira, porque mutiladora do próprio processo dinâmico da vida, que reclama de nós uma nova postura também intelectual, no sentido de romper com as cegueiras e os erros mentais, e de ligar os saberes para adentrar no exercício transdisciplinar e despertar, reflexivamente, para a complexidade (MORIN; LE MOIGNE, 2000; MORIN, 2001; 2002b; 2003).

Essa postura é bastante salutar, particularmente em relação à doença, vista como um comportamento anormal do organismo, que é explicitada e explicada pelo saber ocidental em termos da dimensão biológica e mecânica, mostrando-se insuficiente para a sua compreensão. Explica a doença pela existência de uma(s) "peça(s)" (ou conjunto delas) no corpo em mau funcionamento, um sistema interrompido que precisa ser recortado/extirpado, reparado e/ou substituído como numa máquina, para a qual existe ou é possível existir uma resposta ou um arsenal objetivo para colocá-la ou recolocá-la em movimento, em ação. Essa ação maquinal/mecânica quase sempre opera por disjunção, porque desconsidera o ser existencial, a pessoa que adoece, porque fincada no olhar sobre a "doença" – o objeto – em vez de sobre o ser que adoece – o sujeito. É obvio, então, que orientado pela prática prescritiva, curativa e epidemiológica, o objetivo central dessa ação é *tratar da doença*, relegando a outro plano o cuidar do homem.

Essa ação pouco toma em consideração o homem como um ser antropossociocultural, conforme abordado no pensamento de Morin (2001; 2002b; 2003). Através dessa noção/ação inapropriada, a doença incorpora vida própria a ponto de obstaculizar a compreensão acerca do humano no processo de adoecimento, porque ela é considerada o

esteio prevalente. Por conseguinte, essa noção/ação torna ainda mais cindida a relação homem natureza, porque desconsidera a sua própria natureza, ou seja, a doença vista como não existente no homem e sim nela mesma e, dessa forma, por si só se explicaria – um erro. Essa é uma simplificação medonha, porque destituída de reflexão sobre o processo inseparável das noções de equilíbrio e desequilíbrio, degeneração e regeneração, saúde/doença/saúde. Trata-se de processos incessantes, não concorrentes e necessariamente complementares.

Desse modo, evidencia-se a doença como processo complexo em contraponto ao pensamento biomédico que, ao molde da herança disciplinar que muito o caracteriza, encara a doença como recorte temporal, anormalidade/mal, cisão do corpo no corpo, e não como experimentação humana complexa, cuja explicação não se daria apenas com esse termo, mas pela dinamicidade, multirreferencialidade, multidimensionalidade e multifatorialidade.

A partir dessa noção, é apropriado refletir sobre o pensamento reducionista que opera essa visão, reconhecendo as limitações do pragmatismo determinista que ocupou os espaços do pensamento moderno e que mesmo afeta compreender a doença como processo e um contínuo entre saúde e doença. Não raramente, ambos sofrem disjunção e são operados como pares dicotômicos, um em oposição ao outro, o que também expressa a complexidade da definição de ambos os termos, porque imbuída de um olhar disciplinador, como herança da ciência triunfante da modernidade. Entretanto, reflexões sobre a física e a biologia (MORIN, 2002b; 2008; CAPRA, 2006a) informam uma teia complexa de relações e um novo olhar sobre a construção científica que diluiu o saber e a compreensão do mundo, como consequência do pensamento clássico.

Corroborando a visão de Morin, Nicolescu (1999) explicita que carecemos de uma unidade aberta ao mundo. Para tanto, faz referência à visão transdisciplinar, cuja proposta é considerar uma realidade multidimensional, estruturada em múltiplos níveis, em lugar da realidade unidimensional de um só nível.

Essa percepção orienta o referencial para a compreensão do social, e particularmente da doença, a propósito da pretensão deste

trabalho, que também encontra em Capra (2006b) importante aporte para fundamentar os argumentos que constituem a proposta de uma nova forma de pensar o paradigma científico moderno e a biomedicina, e que também constitui a sua crítica.

Compreende-se que o esforço intelectual desse autor abre a possibilidade de pensar a necessidade de mudança do paradigma mecanicista que caracteriza a cultura científica moderna. Por conseguinte, compreende-se que ela implica todas as outras áreas do conhecimento humano, dentre as quais o da biomedicina, que rege as práticas médicas. Por essa razão, será nosso referencial para sustentar o ponto de vista que defendemos em nosso trabalho sobre a biomedicina.

CONTEXTUALIZANDO A BIOMEDICINA

Ao problematizar o paradigma mecanicista, Capra[12] (2006b) critica os biólogos, acostumados a se debruçar sobre parte da realidade que estudam, pouco se preocupando com o todo de que se constituem. Ele observa que essa visão se institui ainda quando os estudantes são levados para desenvolver os seus experimentos.

> Empolgados pelos êxitos do método reducionista, com especial destaque, recentemente, no campo da engenharia genética, eles tendem a acreditar que esse é o único enfoque válido, e organizaram a pesquisa biológica de acordo com ele. Os estudantes não são encorajados a desenvolver conceitos integrativos, e as instituições de pesquisa dirigem suas verbas quase exclusivamente para a solução de problemas formulados no âmbito dos conceitos cartesianos. Os fenômenos biológicos que não podem ser explicados em termos reducionistas são considerados indignos de investigação científica (CAPRA, 2006b, p. 96).

12 Pela pertinência ao assunto que vamos desenvolver, escolhemos Capra (2006b) como ponto de referência para discussão do assunto, embora não desconheçamos outros autores que também tratam o assunto sob pontos de vista comuns.

Essa postura, segundo esse autor, leva os biólogos ao desenvolvimento de "métodos muitos curiosos para lidar com organismos vivos". Ao chamar a atenção para esse aspecto, retoma o que dissera o biólogo e ecologista humano René Debos (*apud* CAPRA, 2006b, p. 96), em seu trabalho sobre o homem, a medicina e o meio ambiente: "eles [os biólogos] usualmente sentem-se muito à vontade quando a coisa que estão estudando já não vive".

Ao tentar explicar as limitações da abordagem cartesiana no estudo dos sistemas vivos, Capra reconhece que não é fácil determiná-las, bem como a "maioria dos biólogos, sendo fervorosos reducionistas, não está sequer interessada em discutir essa questão". Ele declara que só depois de muito tempo e de empenho pessoal descobriu onde está o problema do modelo cartesiano: o de descobrir como os sistemas se integram. Segundo ele, os problemas que os biólogos não podem resolver hoje, podem ser explicados por sua abordagem estreita e fragmentada, e estão todos relacionados com a função dos sistemas vivos como totalidade e com suas interações com o meio ambiente.

> Os biólogos se empenham na dissecação do corpo humano até seus componentes mais íntimos; ao fazê-lo, reúnem uma quantidade impressionante de conhecimentos acerca de seus mecanismos celulares e moleculares, mas ainda não sabem como respiramos, como regulamos a temperatura de nosso corpo, digerimos ou concentramos a atenção. Eles conhecem algo sobre os circuitos nervosos, mas a maioria das ações integrativas ainda está para ser entendida. O mesmo acontece com respeito à cura de ferimentos, e a natureza e os percursos da dor também permanecem, em grande parte, misteriosos (CAPRA, 2006b, p. 97).

Para justificar ainda mais seu argumento, ele dá o exemplo do fenômeno da embriogênese, "um caso marcante de atividade integrativa" fascinante, de que se têm ocupado muitos cientistas ao longo dos tempos. Trata-se da formação e desenvolvimento do embrião; esse fenômeno

> [...] envolve uma série ordenada de processos através dos quais as células se especializam para formar os diferentes tecidos e órgãos do corpo humano. A interação de cada célula com seu meio ambiente é fundamental nesses processos, sendo o fenômeno o resultado da atividade coordenadora integral do organismo todo – um processo excessivamente complexo para prestar-se à análise reducionista. Assim, a embriogênese é considerada um tópico sumamente interessante, mas desestimulante para a pesquisa biológica. Um tópico que não compensa (CAPRA, 2006b, p. 97).

O motivo pelo qual a maioria dos biólogos não se interessa pelas limitações da abordagem reducionista é compreensível para Capra, já que o método cartesiano alcançou e continua alcançando progressos memoráveis em algumas áreas. Entretanto, ele observa que esse método negligencia a resolução de outros problemas quando a eles não se adéqua.

Ao indagar sobre os possíveis tipos de abordagem e de método, responde que a medicina é a possibilidade, por lidar com um organismo vivo. As funções de um organismo vivo que não se prestam à descrição reducionista são aquelas fundamentais para a saúde do organismo, uma vez que representam as atividades integrativas do organismo e suas interações com o meio ambiente. Entretanto, a medicina adota a mesma visão da biologia.

> Como a medicina ocidental adotou a abordagem reducionista da biologia moderna, aderindo à divisão cartesiana e negligenciando o tratamento do paciente como uma pessoa total, os médicos acham-se hoje incapazes de entender, ou de curar, muitas das mais importantes doenças atuais. Há um consenso crescente entre eles de que muitos dos problemas com que nosso sistema médico se defronta provêm do modelo reducionista do organismo humano em que esse sistema se baseia.

> Isso é reconhecido por médicos e, sobretudo, por enfermeiras e outros profissionais de saúde, e pelo público em geral. Já se exerce considerável pressão sobre os médicos para que ultrapassem os exíguos conceitos mecanicistas da medicina contemporânea e desenvolvam um enfoque mais amplo, holístico, da saúde (CAPRA, 2006b, p. 98).

Ao remontar à história da ciência ocidental, identifica-se o desenvolvimento mútuo entre biologia e medicina. Nesse sentido, Capra reconhece, com naturalidade, a concepção mecanicista em ambos os campos. Se a visão mecanicista concebe e desvenda a vida na visão biológica também lança seu domínio em relação aos médicos e suas concepções de saúde e de doença. E é justamente o influente sistema cartesiano sobre a medicina que resulta na denominação do chamado modelo biomédico, sobre o qual se funda a moderna medicina científica.

Sob a concepção biomédica, o corpo humano é considerado uma máquina, cuja análise é possível olhando-se as suas peças. A doença é encarada como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados em sua natureza celular e molecular. Nesse âmbito, o papel do médico é de interventor. Ele intervém do ponto de vista físico e químico visando reparar o defeito no funcionamento de um mecanismo específico que tenha emperrado. A esse respeito, Capra utiliza-se dos escritos de George Engel na sua abordagem sobre a emergência de um novo modelo médico, o qual observa que, mesmo estando longe do século de Descartes, a medicina ainda se fundamenta "nas noções do corpo como máquina, da doença como consequência de uma avaria na máquina, e da tarefa do médico como conserto dessa máquina" (CAPRA, 2006b, p. 116). Acrescente-se a esses três fundamentos, o local onde se realiza esse conserto: o hospital.

Seria incompleta essa configuração da cultura biomédica sem o ambiente ecológico, político e institucional privilegiado, denominado hospital, o qual funciona como centro (centralizador) especializado no tratamento de doenças, seu objeto/objetivo/fim, operado por sistemas organizativos, gerenciais, administrativos e políticos complexos. Representa o núcleo agregador/congregador resultante

e exultante do saber científico da medicina moderna, que demanda técnicos especializados para operarem as práticas médicas. Essas práticas obedecem a um padrão legitimado pelas corporações médico-científicas a partir da mesma concepção mecanicista de que há pouco nos ocupávamos de expor. Em síntese, o hospital e aqueles conjuntos mecânicos a partir da ideia de corpo-máquina se operam mutuamente para que o conjunto de atividades que lhe é designado cumpra seu objetivo e surta resultados quantificáveis e controlados pelo campo biomédico.

Imaginamos que se transportarmos, analogamente, esse conjunto mecânico para a ideia de automóvel, a máquina-ícone da vida contemporânea, poderemos obter a seguinte metáfora: o *paciente-corpo* compreenderia a *máquina*; a *doença* designaria o(s) *defeito(s) do(s)mecanismo(s)* que afetam a máquina; o *médico* corresponderia ao *especialista*; o *hospital*, à *estrutura hiperespecializada em máquinas*; o diagnóstico/prognóstico médico representaria o tipo de *avaliação e o laudo de mecanismos inoperantes ou avariados*; e tipo de intervenção seria o correspondente a *tipo de serviço ou reparo necessário*. Esquematicamente, se tem as seguintes estruturas e representações complementares:

Ideia biomédica de corpo-máquina

Paciente-corpo = Máquina
(matéria, conjunto de sistemas, bomba, reservatório móvel)
↓
Doença = Defeito(s) de mecanismo(s)
(mau funcionamento, disfunção, enguiço, avaria, quebra, rompimento, impossibilidade de prosseguir atividades, viagem, trabalho...)
↓
(Bio)Médico = Especialista
(autoridade, consultor, neutro, observador, previsor, decisor, prescritor, especulador, parecerista)
↓

Hospital = Estrutura especializada em máquinas
(espaço físico próprio para serviços especializados de recuperação de máquinas e conserto em vários níveis de complexidade; manobras de manutenção e de ressuscitamento de funções vitais e componentes físicos, químicos, elétricos e estéticos)
↓
Diagnóstico/prognóstico médico = Avaliação e laudo de mecanismo(s)
((im)possibilidades de intervenção, chances de recuperação, reparo e sobrevida a curto e a longo prazo da máquina pelo estado e idade da peça avaliada via outras máquinas que respondem a controles digitais e eletrônicos artificialmente inteligentes)
↓
Tipo de intervenção = Tipo de serviço necessário
(cirurgias – de extirpação, conservação e reparação; tratamento medicamentoso e reparador; reposição de peças e de componentes químicos, físicos e elétricos; retirada e introdução de fluidos).

Cremos, ao propor esse breve esquema, ser possível uma aproximação da ideia do corpo-máquina que, ao domínio do modelo biomédico, é decomposto em partes, em sobreposição ao seu todo.

A propósito dessa decomposição e a perda da ideia do todo, Capra analisa que a concentração da medicina moderna sobre partes cada vez menores do corpo não a permite ver o paciente como ser humano. Também observa que a medicina não pode mais ocupar-se enquanto "fenômeno da cura" quando reduz a saúde a um "funcionamento mecânico", sendo essa, segundo ele, "talvez a mais séria deficiência da abordagem biomédica".Ocorre que, mesmo que todo médico saiba que a cura é um aspecto fundamental de toda a medicina, a cura não é considerada dentro do âmbito científico, já que é vista com desconfiança. Sob esse olhar biomédico, os conceitos de saúde e cura não são discutidos como deveriam nas escolas médicas.

Ao problematizar o porquê de a biomedicina não se ocupar do fenômeno da cura, explica que a razão está na natureza de totalidade e complexidade desse fenômeno:

> O motivo da exclusão do fenômeno da cura da ciência biomédica é evidente. É um fenômeno que não pode ser entendido em termos reducionistas. Isso se aplica à cura de ferimentos e, sobretudo, à cura de doenças, o que geralmente envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana. Reincorporar a noção de cura à teoria e prática da medicina, significa que a ciência médica terá que transcender sua estreita concepção de saúde e doença. Isso não quer dizer que ela tenha de ser menos científica. Pelo contrário, ao ampliar sua base conceitual, pode tornar-se mais coerente com as conquistas da ciência moderna (CAPRA, 2006b, p. 117).

Ao provocar a reflexão sobre a abordagem biomédica em torno da cura, Capra ressalta que a saúde e a cura recebem significados distintos em diversas épocas. Saúde e vida são compreendidas como conceitos de difícil definição e precisão, uma vez que estão inter-relacionados. Isso requer que se perceba o conceito de saúde na dependência da compreensão sobre o organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente. Ocorre que a concepção de organismo vivo e meio ambiente muda de uma cultura a outra e de uma era a outra, mudando também as concepções de saúde. Na concepção de Capra, para romper com os limites que reduzem a visão de saúde, carece-se de uma noção ampliada sobre ela. Nesse sentido, seu conceito deve incluir uma visão sistêmica dos organismos vivos, em correspondência com o conceito de uma visão sistêmica de saúde. É essa a noção que se exige quando se visualiza a emergência de um amplo conceito de saúde necessário à transformação cultural.

Na perspectiva de uma mudança cultural, Capra expressa sua compreensão sobre a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), útil para a sua análise. A OMS define a saúde como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente

a ausência de doenças ou enfermidades" (OMS, 1946). Para Capra, embora essa seja uma definição que pode revelar a natureza holística da saúde, ela descreve a saúde "como um estado estático de perfeito bem-estar, em vez de processo em constante mudança e evolução" (CAPRA, 2006b, p. 117).

A natureza holística deve ser apreendida para que se possa compreender o processo de cura, ou seja, um aspecto remete ao outro, como pode ser percebido através das práticas de cura dos curandeiros populares. Eles concebem a doença como um distúrbio da pessoa como um todo, desde o corpo até a mente, englobando a autoimagem, sua dependência do meio ambiente físico e social, bem como sua relação com o cosmo e as divindades.

Na visão de Capra, esses curandeiros adotam diversas abordagens holísticas em diferentes graus, e se utilizam de diversas modalidades terapêuticas para curar as pessoas. As práticas dos curandeiros se distinguem das práticas de cura biomédicas, porque não ficam restritas aos fenômenos físicos da doença. É próprio nos seus rituais de cura eles tentarem influenciar a mente do paciente, aliviando a apreensão, que, segundo Capra, é sempre um componente significativo da doença, ajudando-o a estimular os poderes curativos naturais que todos os organismo vivos possuem. Isso é possível porque os curandeiros mantêm uma relação forte com o paciente.

> Em termos científicos modernos, poderíamos dizer que o processo de cura representa a resposta coordenada do organismo integrado às influências ambientais causadoras de tensão. Essa concepção de cura envolve um certo número de conceitos que transcendem a divisão cartesiana e que não podem ser formulados de acordo com a estrutura da ciência médica atual. Por isso os pesquisadores biomédicos tendem a desprezar as práticas dos curandeiros populares, relutando a admitir sua eficácia. Tal 'cientificismo médico' faz com que se esqueça que a arte de curar é um aspecto essencial de toda a

> medicina, e que mesmo a nossa medicina científica teve que se apoiar quase que exclusivamente nela até algumas décadas atrás, pois tinha pouco mais a oferecer em termos de métodos específicos de tratamento (CAPRA, 2006b, p. 118).

Nascida a partir do repertório de curas populares e tradicionais, e propagando-se pelo mundo afora, a medicina ocidental permaneceu com a sua abordagem biomédica básica. Entretanto, mesmo que se possa imaginar a sua predominância, todas as sociedades apresentam uma pluralidade de sistemas médicos, entre os quais, a medicina popular, enquanto crenças e práticas utilizadas entre famílias ou comunidades, é transmitida pela tradição oral, sem a prerrogativa de um profissional de cura.

Sobre esse aspecto, Capra chama a atenção para o fato de que a prática da medicina popular tem tido uma característica especial: ser uma prática exercida tradicionalmente pelas mulheres. Tal fato se deve à característica maternal da mulher, mais afeita aos cuidados da família, ao espírito de maternidade, de cuidar e de curar. Mas isso não quer dizer que a mulher exerça só o papel de cura, pois homens e mulheres podem ser curandeiros em proporções diferentes, a depender da cultura em que estejam inscritos. Esses homens e mulheres se caracterizam por não ter uma profissão organizada, e a sua autoridade resulta do poder de cura que detêm, quase sempre sob interpretação espiritual, e não por serem diplomados em uma escola médica.

A propósito da organização em torno da qual se conformariam as práticas de cura médicas, Capra observa que o surgimento da medicina organizada, de longa tradição, mudou a trajetória do exercício de cura entre homens e mulheres e tornou o domínio masculino. Isso se deve aos padrões patriarcais que se tornaram predominantes, tendo a medicina ficado sob o domínio do homem. No caso da medicina ocidental, a conquista desse poder foi acompanhada por uma longa luta ao longo da abordagem racional e científica da saúde e da cura, que resultou numa elite médica quase exclusivamente masculina e na intrusão da medicina em setores que eram tradicionalmente atendidos

por mulheres, como o parto (CAPRA, 2006b). Entretanto, Capra vê uma tendência de mudança, sobretudo pelo movimento de mulheres, que identifica no controle patriarcal médico o domínio do corpo feminino pelos homens. Essas mulheres exigem sua ampla participação na assistência à sua própria saúde.

Na análise de Capra, esse panorama que envolve a história da medicina ocidental, pode ser mais bem compreendido a partir de uma aproximação com o pensamento de Descartes. A partir dele, a percepção de interação do corpo e mente sofreu uma decomposição importante, o que afetou também as práticas de cura.

> A maior mudança na história da medicina ocidental ocorreu coma revolução cartesiana. Antes de Descartes, a maioria dos terapeutas atentava para a interação de corpo e alma, e tratava seus pacientes no contexto de seu meio ambiente social e espiritual. Assim como sua visão de mundo mudou com o correr do tempo, o mesmo aconteceu com suas concepções de doença e seus métodos de tratamento, mas eles costumavam considerar o paciente como um todo (CAPRA, 2006b, p. 119).

Aquilo que antes de Descartes era percebido enquanto totalidade, passa a ser visto e tratado de forma particularizada, separada, o que tornou a relação entre terapeuta e paciente cindida. O paciente deixa de ser um todo e passa a ser examinado na dimensão apenas corporal.

> [...] Sua rigorosa divisão entre corpo e mente levou médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença. Do século XVII em diante, o progresso da medicina acompanhou de perto o desenvolvimento ocorrido na biologia e nas outras ciências sociais. Quando a perspectiva da ciência biomédica se transferiu do estudo dos órgãos corporais e suas funções para o das células e, finalmente, para

> o das moléculas, o estudo do fenômeno da cura foi progressivamente negligenciado, e os médicos passaram a achar cada vez mais difícil lidar com a interdependência de corpo e mente (CAPRA, 2006b, p. 119).

Evidentemente que, com o desenvolvimento da ciência, esse tipo de olhar permaneceu nos séculos seguintes, alcançando progressos incríveis em relação ao conhecimento do corpo humano. Nesse sentido, o avanço da medicina científica moderna deveu-se muito ao progresso no campo biológico. No início do século XIX, era possível se ter detalhada a estrutura do corpo, quase que por completo, um avanço fenomenal, que colocou a biologia e a própria medicina em um patamar nunca visto antes. Três nomes merecem destaque nesse período: Claude Bernard, e seus experimentos sobre os processos fisiológicos, o que acabaria levando médicos e biólogos à abordagem reducionista, isto é, a visualizarem o corpo humano cada vez mais em pequenas porções; tal olhar teve em Rudolf Virchow uma de suas expressões, cujo trabalho fundamentava-se na explicação segundo a qual as doenças envolviam mudanças estruturais ao nível celular, estabelecendo assim a biologia celular como a base da ciência médica; a ênfase sobre os micro-organismos, por sua vez, traduziu o pioneirismo de Louis Pasteur, cujos estudos passaram a interessar os pesquisadores biomédicos.

> A clara demonstração, por Pasteur, da correlação entre bactérias e doença teve um impacto decisivo. Ao longo de toda a história médica, os médicos vinham debatendo a questão sobre se uma doença específica era causada por um único fator ou era resultado de uma constelação de fatores agindo simultaneamente (CAPRA, 2006b, p. 120).

Na visão de Capra, esses dois pontos de vista: o da correlação entre bactérias e doença e da especificidade da doença foram enfatizados

por Pasteur e Bernard, respectivamente. Enquanto Pasteur concentrou-se para identificar o papel das bactérias no surgimento da doença através da associação de tipos específicos de doenças a micróbios também específicos, Bernard focou seus estudos sobre os fatores ambientais, externos e internos. Para ele, a concorrência de diversos fatores faria eclodir a doença, esta compreendida como a perda de equilíbrio interno. Entretanto, o ponto de vista de Pasteur prevaleceu e sua teoria microbiana da doença foi aceita pelos médicos.

Para o desenvolvimento dessa teoria, a compreensão das causas da doença era condição essencial para a consolidação do pensamento de Pasteur. Com relação a essa necessidade, deve-se ao médico Robert Koch o conceito de etiologia (causa, ou causas de doença), formulado por ele através de um conjunto de critérios, cujo objetivo terminal era provar que uma doença específica era causada por um determinado micróbio, o que acabou por confirmar o que Pasteur afirmara.

Um dos motivos para a vasta aceitação desse ponto de vista pode ser explicado pelo momento histórico das grandes epidemias pelo continente europeu no período em que vingava a teoria microbiana e os postulados de Koch. As epidemias foram uma espécie de laboratório não intencional para comprovar o que propusera Pasteur. Não obstante, sua forma de explicar a causa da doença era muito apropriada às formulações da biologia do século XVIII.

> A classificação lineana[13] das formas vivas estava ganhando aceitação geral no começo do século, e parecia natural estendê-la a outros fenômenos biológicos. A identificação de micróbios com doenças forneceu um método para isolar e definir entidades patológicas; foi estabelecida, assim, uma taxonomia de doenças que não diferia muito da taxonomia de plantas e animais. Além disso, a ideia de uma doença ser causada por um único fator

13 Classificação biológica designa o modo como os biólogos agrupam e categorizam as espécies de seres vivos, extintas e atuais. A classificação científica moderna tem as suas raízes no sistema de Karl von Linnée (ou Carolus Linnaeus), que agrupou as espécies de acordo com as características morfológicas por elas partilhadas.

> estava em perfeita concordância com a concepção cartesiana dos organismos vivos como sendo máquinas cujo desarranjo pode ser imputado ao mau funcionamento de um único mecanismo (CAPRA, 2006b, p. 121).

Segundo Capra, mesmo com o estabelecimento reducionista de doença adotado pela ciência médica, René Dubos buscou demonstrar que a visão de Pasteur era mais profunda do que aquilo que se buscava reduzir a partir de sua ideia de causa da doença. Para René Dubos, Pasteur tinha consciência dos efeitos do ambiente sobre o funcionamento dos organismos vivos, e isso poderia traduzir a sua visão ecológica. Embora Pasteur pretendesse estabelecer o papel causativo dos micróbios, se interessava pelo que chamava de "terreno", termo que utilizava para designar meio ambiente. Para justificar essa afirmativa, Capra faz menção ao estudo de Pasteur sobre as doenças do bicho-da-seda, que resultou na teoria microbiana. Nesse estudo, ele reconheceu que essas doenças eram o resultado de uma "interação complexa entre o hospedeiro, os micróbios e o meio ambiente" (2006b). Essa visão ecológica de Pasteur se estendeu ao estudo das doenças humanas, e exemplo disso é a sua concepção de que o "corpo saudável exibe forte resistência a muitos micróbios", e de que "todo e qualquer organismo humano atua como hospedeiro para uma multidão de bactérias". Essas bactérias "só podem causar danos quando o corpo está debilitado" (CAPRA, 2006b).

Embora reconheça a influência da etiologia específica proposta por Pasteur e Koch no desenvolvimento da medicina até os dias atuais, Capra considera que a concepção estreita de doença resultante disso representa uma lacuna importante da medicina moderna. Por outro lado, pondera que o conhecimento dos organismos levou a ciência médica a compreender que eles afetam o desenvolvimento da doença e que podem causar infecção de ferimentos cirúrgicos, o que revolucionou a prática da cirurgia.

> [...] Levou primeiro ao desenvolvimento do sistema antisséptico, no qual os instrumentos e o

> vestuário cirúrgicos eram esterilizados; e, subsequentemente, ao método asséptico, no qual tudo o que entra em contato com o ferimento tem que estar completamente livre de bactérias. Juntamente com a técnica de anestesia geral, esses avanços colocaram a cirurgia numa base inteiramente nova, criando os principais elementos do intricado ritual que se tornou característico da cirurgia moderna (CAPRA, 2006b, p. 122).

Juntamente com o desenvolvimento da biologia do século XIX também se desenvolvia a tecnologia médica e, graças a ela, foram inventados novos instrumentos de diagnóstico, como estetoscópio e aparelhos para a tomada de pressão sanguínea. Nesse cenário promissor, a tecnologia cirúrgica tornou-se mais sofisticada. Entretanto, um fator torna-se preocupante: os médicos transferem o foco do doente para a doença. Patologias foram localizadas, diagnosticadas e rotuladas de acordo com o sistema definido de classificação e estudadas em hospitais transformados, das medievais casas de misericórdia em centros de diagnóstico, terapia e ensino. Desse modo, segundo Capra, começou a tendência para a especialização, que iria atingir seu auge no século XIX e que também alcançaria a saúde mental.

> A ênfase na definição e localização precisa de patologias também foi aplicada ao estudo médico de perturbações mentais, para as quais foi criada a palavra "psiquiatria". Em vez de tentarem compreender as dimensões psicológicas da doença mental, os psiquiatras concentraram seus esforços na descoberta das causas orgânicas – infecções, deficiências alimentares, lesões cerebrais – para todas as perturbações mentais (CAPRA, 2006b, p. 123).

Na percepção de Capra, essa é uma "orientação orgânica" das perturbações mentais na psiquiatria, incentivada pelos êxitos obtidos por pesquisadores em muitos casos em que puderam "identificar origens

orgânicas de distúrbios mentais", bem como "desenvolver métodos bem-sucedidos de tratamento" (2006b). Mas essa não era uma garantia definitiva, pois não abrangia um conjunto, mas uma parcialidade do fenômeno. Isso requeria novas formas de abordagens em torno da doença mental que indicassem mudança do modelo.

> Embora esses êxitos fossem parciais e isolados, estabeleceram firmemente a psiquiatria como um ramo da medicina comprometida com o modelo biomédico. Isso resultou num desenvolvimento um tanto problemático no século XX. De fato, mesmo no século XIX, o limitado êxito da abordagem biomédica na área da doença mental inspirou um movimento alternativo – a abordagem psicológica – que levou à fundação da psiquiatria dinâmica e da psicoterapia de Sigmund Freud, situando a psiquiatria muito mais perto das ciências sociais e da filosofia (CAPRA, 2006b, p. 123).

Esse panorama que caracteriza a biomedicina no século XIX, na sua tendência reducionista da doença, permaneceu no século XX, marcado por avanços e problemas, sobretudo aqueles relativos aos seus métodos, que já podiam ser percebidos desde o início do século. Esses problemas se tornaram de domínio público – dentro e fora da medicina – e provocaram o debate em torno das práticas médicas e da organização da assistência à saúde para os quais era necessário interrogar a relação com a crise cultural que marcava o século XX.

Esse século marca a progressão da biologia que, além do domínio da célula, adentra o nível molecular e lança-se a compreender os diversos níveis dessa micro realidade orgânica. O desenvolvimento que a biologia demarca desde então confere um estatuto elevado – o pensamento molecular – como repertório científico superior às ciências humanas, ocupando a base da ciência médica. Esse progresso da biologia no século XX indica, como ressalta Capra (2006b), que "os grandes êxitos da ciência médica" foram baseados "num conhecimento detalhado

dos mecanismos celular e molecular", que se seguiram aos desdobramentos do conhecimento da biologia no século XIX em forma de novos usos e novas formulações dos conceitos biológicos de até então.

> O primeiro avanço de envergadura, que realmente resultou de novas aplicações e elaborações de conceitos do século XIX, foi o desenvolvimento de uma grande série de medicamentos e vacinas para o combate às doenças infecciosas. Primeiro foram descobertas vacinas contra doenças bacterianas – febre tifoide, tétano, difteria e muitas outras –, depois, contra doenças provocadas por vírus. Na medicina tropical, o uso combinado de imunização e inseticidas (para controlar os mosquitos transmissores de doenças) resultou na vitória contra três importantes doenças tropicais: malária, febre amarela e lepra. Ao mesmo tempo, muitos anos de experiência nesses programas ensinaram aos cientistas que o controle de doenças tropicais envolve muito mais do que vacinações e pulverização com produtos químicos. Como todos os inseticidas são tóxicos para os seres humanos, e como eles se acumulam nos tecidos animais, devem ser usados muito judiciosamente. Além disso, é necessária uma detalhada pesquisa ecológica para entender as interdependências dos organismos e ciclos vitais envolvidos na transmissão e no desenvolvimento de cada doença. As complexidades são tais que nenhuma dessas doenças pode ser completamente erradicada; mas elas podem ser efetivamente controladas pela habilidosa manipulação das condições ecológicas (CAPRA, 2006b, p. 124).

As conquistas da farmacologia também demarcaram os avanços alcançados pela ciência médica, dentre eles, a descoberta da penicilina, em 1928, que propiciou a era dos antibióticos, constituindo-se,

como considera Capra, "um dos períodos mais espetaculares da medicina moderna" (2006b). Ela levaria, em 1950, à "descoberta de uma profusão de agentes bacterianos capazes de enfrentar uma grande variedade de microorganismos" (CAPRA, 2006b).

Além disso, outro benefício produzido pela farmacologia, ainda nessa mesma década, foi a produção de medicamentos psicoativos, sobretudo os tranquilizantes e os antidepressivos, que revolucionaram a psiquiatria e a abordagem da doença e do doente mental.

> Com esses novos medicamentos, os psiquiatras estavam aptos a controlar uma variedade de sintomas e padrões de comportamento de pacientes psicóticos sem causar-lhes uma profunda obnubilação da consciência. Isso ocasionou uma importante transformação na assistência aos doentes mentais. As técnicas de coerção externa foram substituídas pelos sutis grilhões internos do moderno arsenal farmacológico, o que reduziu substancialmente o tempo de hospitalização e tornou possível tratar muitas pessoas como pacientes ambulatoriais (CAPRA, 2006b, p. 124).

Entretanto, o uso desses medicamentos se mostraria problemático e romperia o entusiasmo inicial que provocaram no campo médico. É que eles apresentam uma série de perigosos efeitos colaterais: controlam os sintomas, mas não têm efeito algum sobre os distúrbios subjacentes. Não obstante os problemas que apresentam, os medicamentos psicoativos se constituem como elementos importantes para a abordagem e elaboração do conhecimento em torno da doença mental no século XX.

Soma-se a esse, outro importante avanço da medicina, que se deu no campo da endocrinologia, em torno do estudo das glândulas endócrinas e suas secreções, conhecidas como hormônios, que circulam na corrente sanguínea e são responsáveis pela regulação de uma diversidade de funções corporais. Quando do isolamento do hormônio

das glândulas endócrinas, aliado ao conhecimento de que a diabetes é gerado pela deficiência de insulina, foi possível evitar que muitos portadores da doença morressem. Para tanto, o doente recebe, periodicamente, uma quantidade regular de injeções contendo esse hormônio, o que o possibilita a levar uma vida normal. Um exemplo a mais pode traduzir o avanço da endocrinologia em termos médicos: o desenvolvimento da pílula anticoncepcional, resultado do maior conhecimento e compreensão dos hormônios sexuais.

Entretanto, os sucessos e as deficiências da abordagem biomédica persistem porque os problemas médicos são reduzidos a fenômenos moleculares com o objetivo de se encontrar um mecanismo central para o problema. O foco é desvendá-lo, reduzindo-o à sua compreensão parcial.

> Uma vez entendido esse mecanismo, ele é contra-atacado por um medicamento que, com frequência, é isolado a partir de um outro processo orgânico cujo "princípio ativo" se diz que ele representa. Ao reduzir desse modo as funções biológicas a mecanismos moleculares e princípios ativos, os pesquisadores biomédicos ficam inevitavelmente limitados a aspectos parciais dos fenômenos que estudam. Por conseguinte, eles só podem obter uma visão estreita dos distúrbios que investigam e dos remédios que desenvolvem. Todos os aspectos que vão além dessa visão limitada são considerados irrelevantes, no que se refere aos distúrbios, e são enumerados como "efeitos colaterais", no caso dos remédios (CAPRA, 2006b, p. 126).

Ao esboçar sua crítica sobre a visão parcial que a biomedicina tem dos distúrbios, Capra também faz a ressalva de que ela alcançou avanços memoráveis. Um deles no campo cuja ênfase não alcança tanta repercussão, a descoberta das vitaminas, que pode ser considerada, segundo ele, "o maior êxito da ciência biomédica" (2006b, p. 125).

O autor argumenta que, com o reconhecimento da "importância desses fatores alimentares acessórios" e o estabelecimento de "sua identidade química, muitas doenças da nutrição causadas por deficiência vitamínica, como o raquitismo e o escorbuto, puderam ser curadas com extrema facilidade por mudanças dietéticas" (2006b, p. 126).

Outro avanço aconteceu no campo das farmacoterapias, como resultado do conhecimento detalhado das funções biológicas em níveis celulares e moleculares. O avanço nesse campo permitiu aos cirurgiões sofisticarem suas técnicas. Para tanto, a descoberta dos três grupos sanguíneos tornou possíveis as transfusões de sangue, também facilitadas pelo desenvolvimento de uma substância que impede a formação de coágulos. Juntamente com tal descoberta, a anestesia abriu a possibilidade de explorar ainda mais a natureza e complexidade das cirurgias. Os antibióticos possibilitaram a proteção contra as infecções e a substituição de ossos e tecidos danificados por outros materiais. Concomitante a essa revolução, os cirurgiões se aperfeiçoaram ainda mais no trato com os tecidos, bem como em controlar as reações orgânicas. Graças a essa tecnologia, foi possível ao cirurgião permanecer em prolongadas cirurgias, mantendo os processos fisiológicos sob controle. Esse domínio permitiu a Christian Bernard, na década de 1960, transplantar um coração. Depois dele, muitas outras intervenções do mesmo tipo se seguiram pelo mundo afora.

Ao chegar a esse patamar, a tecnologia médica alcança um grau altíssimo de sofisticação nunca visto na história, tornando "onipresente a moderna assistência médica" (CAPRA, 2006b). Entretanto, essa sofisticação tornou a medicina dependente da alta tecnologia, o que resultou em alto custo, traduzindo, por conseguinte, problemas de ordem social, econômica e moral, suscitando, com isso, questões além da esfera da medicina e da técnica.

Isso é o resultado da longa ascensão da medicina, o que a tornou sofisticada, e sofisticação é o problema em seu núcleo. Para Capra, os grandes avanços da ciência médica também traduzem a sua própria crise, mais fortemente em seus resultados junto à população.

> Muitas razões são apontadas para o descontentamento generalizado com as instituições médicas – inacessibilidade de serviços, ausência de simpatia e solicitude, imperícia ou negligência – mas o tema central de todas as críticas é a impressionante desproporção entre custo e a eficácia da medicina moderna. Apesar do considerável aumento nos gastos com saúde nas últimas três décadas, e em meio aos pronunciamentos dos médicos acerca do valor da ciência e da tecnologia, a saúde da população não parece ter apresentado melhora significativa (CAPRA, 2006b, p. 126-127).

Ao enfatizar esse aspecto, Capra quer também colocar a discussão em torno da concepção de saúde, ainda muito restrita na perspectiva biomédica, ou seja, a saúde como ausência de doença. Ele compreende que é preciso, ao avaliar a saúde, tomar em consideração tanto a saúde do indivíduo quando da sociedade, incluindo-se nesse contexto as doenças mentais e as patologias sociais. Essa poderia traduzir-se em uma concepção holística, com maior alcance sobre esse campo.

> Na concepção holística de doença, a enfermidade física é apenas uma das numerosas manifestações de um desequilíbrio básico do organismo. Outras manifestações podem assumir a forma de patologias psicológicas e sociais; e quando os sintomas de uma enfermidade física são efetivamente suprimidos por intervenção médica, uma doença pode muito bem expressar-se de algum outro modo (CAPRA, 2006b, p. 127).

Essa abordagem põe a dimensão mental e social da doença como componentes importantes para a compreensão dos fenômenos que se elevam como problemas de saúde pública. Para exemplificar, Capra se utiliza do estudo de John H. Knowles, o qual indica que cerca de 25% da "população norte-americana é psicologicamente perturbada e pode

ser considerada seriamente deficiente e carente de atenção terapêutica" (2006b, p. 125). Concomitantemente, ressalta o autor, "verifica-se um aumento alarmante do alcoolismo, dos crimes violentos, dos acidentes e suicídios, todos sintomas de saúde social precária" (2006b, p. 128).

Ao esboçar sua crítica, Capra quer discutir a relação entre medicina e saúde, e compreende que houve avanços inegáveis da ciência biomédica, sobretudo na descoberta de mecanismos biológicos, associando-os a doenças específicas e ao desenvolvimento de tecnologias que atuam sobre eles. Entretanto, isso tão somente não explica a doença, tendo em vista que "os mecanismos biológicos só muito raramente são as causas exclusivas de uma doença". Compreender esses mecanismos "não significa necessariamente que se fez algum progresso na assistência à saúde" (CAPRA, 2006b, p. 129).

O que essa abordagem quer traduzir: os exames sobre os problemas de saúde não podem ficar na esfera do indivíduo; eles devem se estender sobre a sociedade; os mecanismos biológicos não são exclusivos; o psicológico e o ambiental também são níveis interativos que podem condicionar a doença. Outro ponto importante: o olhar sobre a doença também desvirtua as práticas médicas e o processo de cura; o sentido de doente não é incorporado porque a biomedicina se detém no mecanismo próprio e exclusivo da doença.

É nesse ponto que se traduz a deficiência da medicina científica: seu olhar atomizado em um único "objeto". Sob esse ângulo, a relação entre medicina e saúde, como expõe Capra, deve ser compreendida a partir da análise das práticas biomédicas que, "embora extremamente úteis em emergências individuais, têm muito pouco efeito sobre a saúde de populações inteiras" (2006b, p. 129), porque elas são determinadas por fatores relacionados às formas através das quais o homem, histórica, social e ambientalmente, traduz a sua vida.

> A saúde dos seres humanos é predominantemente determinada, não por intervenção médica, mas pelo comportamento, pela alimentação e pela natureza de seu meio ambiente. Como essas variáveis diferem de cultura para cultura, cada uma tem suas

> próprias enfermidades características, e, na medida em que mudam gradualmente a alimentação, o comportamento e as situações ambientais, mudam também os tipos de doença. Assim, as doenças infecciosas agudas que afligiram a Europa e a América do Norte no século XIX, e que ainda hoje são as maiores responsáveis pela morte no Terceiro Mundo, foram substituídas nos países industrializados por doenças que já não estão associadas à pobreza e a precárias condições de vida, mas, pelo contrário, à prosperidade e à complexidade tecnológica. São as doenças crônicas e degenerativas – cardiopatias, câncer, diabetes – às quais se deu adequadamente o nome de "doenças da civilização", porquanto estão intimamente relacionadas a atitudes estressantes, dietas muito ricas, abuso de drogas, vida sedentária e poluição ambiental, características da vida moderna (CAPRA, 2006b, p. 131).

Desse modo, as doenças crônico-degenerativas se põem também como desafios de saúde pública e configuram a expressão da forma de adoecer do homem moderno a partir da ideia de progresso e desenvolvimento. Por outro lado, observa Capra, os médicos, tendo dificuldades para lidar com essas doenças sob o conceito biomédico, resignam-se ao considerá-las como "consequências inevitáveis do 'desgaste' geral, para o qual não existe cura" (CAPRA, 2006b, p. 131). Concorre, ao contrário dessa posição, a insatisfação das pessoas com o atual sistema de assistência médica. A razão para essa insatisfação é que os resultados em âmbito geral da saúde das pessoas em seu conjunto mais amplo não refletem os custos altos que esse mesmo sistema gerou, sobretudo com a grande queixa de que os "médicos tratam as doenças, mas não estão interessados nos pacientes" (CAPRA, 2006b, p. 131).

Sob esse prisma, é apropriado considerar que se vive uma grande crise na saúde em múltiplos aspectos, os quais envolvem as esferas interior e exterior da ciência médica, que se enlaçam com a crise mais ampla, de natureza social e cultural. O resultado dessa crise pode

ser identificado a partir da base conceitual com que se funda a teoria e as práticas médicas, que carecem ser modificadas. E essa mudança é necessária, tendo em vista que o modelo biomédico é a base conceitual sobre a qual repousa a medicina científica moderna e da qual resultam as práticas médicas e a orientação de todo o sistema de assistência à saúde, que se dão, em especial, nos hospitais.

É a partir da orientação desse sistema que se organiza uma série de políticas voltadas a controlar as doenças, entre as quais o câncer de mama. No capítulo a seguir busca-se recuperar aspectos históricos das políticas de saúde no Brasil e a assistência à saúde da mulher, bem como a política de combate ao câncer de mama e as principais estratégias para controlá-lo.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

Durante o século XX, as políticas públicas de saúde no Brasil sofreram profundas alterações, passando de simples assistência médica a direito à saúde, ao mesmo tempo em que passaram por inúmeros conflitos e interesses. Nessa perspectiva, essas políticas transcorreram como sanitarismo campanhista, que marcou os anos 1900 até 1965, passando pelo modelo médico assistencial privatista até chegar, no final dos anos 1980, ao modelo atual, revelando seus determinantes políticos e econômicos, bem como a concepção de saúde com a qual cada período operou histórica e socialmente.

Em 1904, os Serviços de Saúde Pública Federais, organizados sob a responsabilidade de Oswaldo Cruz, tinham o objetivo de debelar as principais epidemias através da mobilização das pessoas, com medidas coercitivas e autoritárias. Em 1920, com a Reforma Carlos Chagas, foi criado o Departamento Nacional de Saúde, sem ruptura substantiva com a filosofia de ação do período anterior e também marcado pelo autoritarismo. O objetivo era promover um "comportamento favorável" das populações pobres em relação às normas de conservação da saúde (TEIXEIRA, 1997).

As três primeiras décadas do século XX marcaram um período de hegemonia das políticas de saúde pública orientadas para o controle de endemias e generalização de medidas de imunização de caráter campanhista, vinculadas a extensas repercussões sociais das políticas de defesa da renda do setor exportador cafeeiro e pela pressão financeira do Estado sobre a circulação monetária, objetivando o controle das contas públicas. Até 1930, os trabalhadores contavam com benefícios previdenciários oferecidos por algumas das grandes empresas e, em outros casos, pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, sendo que a maioria dos trabalhadores era excluída de tais benefícios, tendo que recorrer aos serviços públicos de saúde ou ao atendimento dos profissionais liberais. Emergia a necessidade de uma política nacional de saúde, sendo instalados os aparelhos necessários à sua efetivação, contudo de maneira restritiva, já que a cobertura populacional, os recursos técnicos e financeiros de sua estrutura organizacional eram limitados (SOARES; MOTTA, 2000).

A implantação dos programas e serviços de auxílio e de atenção médica tinha caráter clientelista, característico do governo Vargas, além da vinculação dos Sindicatos e dos Institutos ao Estado, através do controle da seleção, eleição e formação dos seus dirigentes, bem como a participação e gestão nesses tipos de organização social. O período seguinte possibilitou uma rápida expansão da medicina previdenciária, permitindo o crescimento das redes públicas estaduais e municipais, voltadas ao atendimento do pronto-socorro e da população marginal ao sistema previdenciário (SOARES; MOTTA, 2000).

Enquanto a economia brasileira esteve dominada por um modelo agroexportador, baseado na produção do café, exigiu-se do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação (MENDES, 1999; LUZ, 1991).

Após o término da II Guerra Mundial, o governo de Getúlio Vargas foi derrubado e a Constituição de 1945, promulgada. O General Dutra assumiu a presidência, mas Vargas foi reeleito em 1950. Sob a influência americana na área da saúde, instalou-se um modelo semelhante aos padrões americanos e, assim, surgiu a construção de grandes hospitais, a

aquisição de equipamentos, e a concentração do atendimento médico, colocando em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios, cujos custos eram bem menores. Havia uma tendência de construção de hospitais cada vez maiores em quantidade e extensão. Alguns Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) tinham muito dinheiro e começaram a construir seus próprios hospitais, mas algumas empresas não estavam satisfeitas com o atendimento médico oferecido. Foi a partir dessa situação que surgiu a medicina de grupo (convênios), ou seja, empresas particulares cuja finalidade era prestar serviços médicos aos funcionários das empresas que os contratavam (PERES, 2002).

Com o processo de industrialização acelerada que o Brasil vivenciou de 1950 a 1960, especialmente a partir do governo de Juscelino, houve o deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou-se uma massa operária que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde: o alvo das ações passou a ser o trabalhador que deveria manter-se forte e restaurado de qualquer incapacidade física para continuar produzindo (MENDES, 1999; LUZ, 1991).

Neste período, observou-se um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas, que acabou por levar à conformação e hegemonização, na metade da década de 1960, do modelo médico-assistencialista privatista, que cresceu paralelamente a um movimento cada vez maior de integração e universalização da Previdência Social: das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, até o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Os primeiros anos das décadas de 1950 e 1960 marcaram a contestação de grupos organizados contra a ordem estabelecida, o que culminaria com o Golpe Militar de 1964, que retirou trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do cenário político oficial, condenando-os à condição de resistência à força do Estado (MENDES, 1999; COHN, 1997; LUZ, 1991).

A partir de 1963, quando foi levantada a bandeira da municipalização dos serviços de saúde, na II Conferência Nacional de Saúde, o pensamento de uma reforma no sistema de saúde foi crescendo. Diversas forças sociais continuaram lutando pela Reforma Sanitária nas décadas

da renda do setor exportador [illegible] objetivando o controle das contas públicas.

seguintes, contribuindo para a formação de uma consciência sanitária no Brasil (SILVA, Z. P., 1996).

No chamado período desenvolvimentista (1946 a 1964), fortaleceu-se o modelo preexistente, com os órgãos públicos de saúde assumindo o atendimento à população marginal e o Sistema de Pronto Socorro. Verificou-se uma rápida expansão da Medicina Previdenciária com a compra, pelo Governo, de serviços médico-hospitalares de prestadores privados. Nesse período, emergiu o pensamento do papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde, sob gestão municipal, que foi abruptamente abortado pelo Golpe Militar de 1964 (KLIGERMAN, 2000c).

O período que compreende o Estado Militar e o "milagre brasileiro" (1967-1973) se caracterizou pelo desenvolvimento econômico acelerado, desordenado, com baixos salários, o que, entretanto, favoreceu os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores empregados nos setores de ponta da economia. A centralização e a concentração do poder institucional atrelaram o campanhismo e o curativismo como estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país (LUZ, 1991).

A criação do INPS, em 1966, foi o momento institucional de consolidação do modelo médico-assistencial privatista. Em 1975, eclodiram a insatisfação popular e os movimentos organizados de profissionais de saúde e trabalhadores contra a crise do sistema e as más condições de saúde da população (LUZ, 1991). Nesse mesmo período, surgiu a Lei 6.229, que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, ao separar as ações de saúde pública das de atenção à saúde. Em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social e, com ele, a organização-símbolo do modelo médico, o INAMPS (MENDES, 1999).

No final da ditadura militar, em face da demanda de setores organizados e de sucessivas crises econômicas, inúmeras tentativas de "acomodação" do modelo de assistência à saúde foram feitas, a exemplo das Ações Integradas de Saúde (AIS). Apesar da resistência de grupos organizados, dentro e fora do Governo e do momento político de

redefinição do Estado, o número de municípios brasileiros com Ações Integrais de Saúde saltou de 644, em 1985, para 2.500, em 1986. Nessa época, com o modelo desenhado e, conceitualmente, estabelecido, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), verificou-se a existência de diversos modelos de sistemas estaduais e municipais de saúde, tornando-se uma necessidade inadiável a existência de um sistema único. Para tanto, era necessário que se promovessem a formalização jurídica do SUDS e as reformas administrativas, sanitária, assistencial e financeira para a implantação do que seria, historicamente, o primeiro sistema de saúde estruturado no Brasil (KLIGERMAN, 2000c).

No Brasil, um conceito ampliado de saúde emergiu como resultado de amplas discussões em meio ao movimento da Reforma Sanitária, entre as décadas de 1970 e 1980, servindo como pano de fundo para o estabelecimento de novas diretrizes no âmbito da saúde. Esse movimento surgiu na sociedade civil organizada, particularmente a partir das organizações sindicais e populares da área da saúde. Buscava o reconhecimento da saúde como uma questão de relevância pública, como direito do cidadão assumido claramente pelo setor público. Em suas formulações, ampliadas para além do espectro médico assistencial, a Reforma Sanitária atingia seus propósitos na Constituição de 1988, com a inserção do direito à saúde e da organização de um Sistema Único de Saúde, universal e equânime (BARRETO; MEDEIROS; SILVA, 1999).

Na visão de Mendes (1999), as mudanças econômicas e políticas que se deram, especialmente a partir do início dos anos 1980, determinaram o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição por um outro modelo de atenção à saúde. A partir das eleições de 1982, as negociações entre as forças mais conservadoras e moderadas politicamente se sucederam, na busca da ampliação da abertura democrática (LUZ, 1991). Nesse processo de transição à democracia emergiram novos atores coletivos e movimentos sociais em todo o país, conjuntamente a novas formas de exercício da política, ao mesmo tempo em que novos partidos entravam no cenário político nacional (GERSCHMAN, 1995).

Nesse sentido, a década de 1980 foi efervescente, já que ideias e práticas foram crescendo e constituíram a Proposta da Reforma Sanitária, destacando-se a implantação das Ações Integradas de Saúde em 1983, que propunham a integração e a descentralização dos serviços, com a expansão da cobertura assistencial e o redirecionamento dos recursos para estados e municípios. A sua implantação foi diferenciada, dependendo das realidades regionais e municipais, obtendo maior êxito naqueles municípios com experiência acumulada na organização dos serviços de saúde (SILVA, Z. P., 1996).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1987, objetivava contribuir para a consolidação e desenvolvimento qualitativo das AIS, avançava em relação à ideia de descentralização, na medida em que propunha a estadualização do INAMPS, unificando as suas gerências regionais com as Secretarias Estaduais de Saúde, criando condições objetivas para que a política de saúde tivesse um comando único no nível estadual. Outro objetivo era a municipalização dos serviços básicos de saúde (SILVA, Z. P., 1996).

A criação do SUDS foi um passo decisivo no processo de descentralização e de redefinição de papéis e atribuições entre os níveis federal, estadual e municipal. O INAMPS deixou de atuar como órgão responsável pela execução direta e indireta das ações de saúde, repassando tais atribuições aos estados e municípios. Essas medidas ampliaram o campo de atuação e o volume de recursos financeiros das instituições, habituadas a trabalhar com escassez de recursos e voltadas ao campo da Saúde Pública. O resultado desse investimento foi a ampliação da rede de unidades básicas nos estados e municípios. Além desse incremento, modificou-se o perfil das unidades, pois além do desenvolvimento dos tradicionais programas, estas deveriam prestar atendimento médico individual, anteriormente prestado pelo INAMPS ou pelos serviços particulares (SEPÚLVEDA, 2001).

O projeto do movimento sanitário tinha como ideário a proposta de um sistema único e estatal, sendo o setor privado suplementar e sob controle público e descentralizado. A pretensão era a universalidade da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia

entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde, sendo a saúde definida como um direito do cidadão e dever do Estado. As políticas de saúde encaminhadas pela proposta foram a criação de um Sistema Único de Saúde com notável predomínio do setor público, a descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a participação e o controle da população na reorganização dos serviços e a readequação financeira do setor (COHN; ELIAS, 1997).

Em 1987, foi instalada a Assembleia Nacional Constituinte e, em outubro de 1988, foi aprovada a nova Constituição Federal, que universalizou o direito do acesso gratuito à saúde. Para tanto, o Estado ficou responsável pela regulamentação, fiscalização e planejamento das ações e serviços de saúde; pela prestação dos serviços essenciais, por órgãos federais, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta; por fundações mantidas pelo Poder Público; por entidades filantrópicas; e pela contratação, em caráter complementar, de clínicas, laboratórios e hospitais privados (BRASIL, 1988).

As ações e serviços de saúde financiados pelo Poder Público passaram a integrar um sistema único, regionalizado, hierarquizado e organizado segundo algumas diretrizes básicas: atendimento universal e integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; descentralização, com direção única em cada esfera de governo; participação e controle da sociedade, o que deveria ocorrer através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, com a participação de representantes dos governos, dos profissionais de saúde, dos usuários e dos prestadores de serviços.

POLÍTICAS PÚBLICAS E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) inscreve a saúde como um direito social e define os princípios fundamentais nos quais estão incluídas ações destinadas a assegurar a saúde como bem comum. A Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90 (BRASIL, 1990), dispõe sobre as condições para a proteção, promoção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços, contemplando as

diretrizes para o modelo assistencial e definindo o papel das esferas federal, estadual e municipal.

A saúde, como direito de todos e dever do Estado, ficou explicitada na Constituição Federal Brasileira, em seu Artigo 196. Nesse contexto, os grupos populacionais devem receber assistência à saúde indistintamente, conforme preconizam os direitos legais, neles se inscrevendo a política de assistência à saúde da mulher.

Na perspectiva mundial, a plataforma de ação aprovada na IV Conferência Mundial da Mulher recomendou aos países a elaboração de planos de ação capazes de acolher e traduzir, na realidade de cada país, o que de melhor as mulheres lograram alcançar como reconhecimento de direitos, ao longo de décadas de reivindicação e negociação no plano mundial. Nessa Conferência, a mensagem de que, na democracia, a igualdade entre os sexos faz a diferença foi a maior contribuição da comunidade internacional e significou a definição de bases que norteariam a discussão dos direitos da mulher ao acesso e participação nas políticas públicas de seus países (SUPLICY, 2002).

A conferência reconheceu e sedimentou avanços conceituais e filosóficos muito importantes, construídos por inúmeras mulheres anônimas ao longo da história e sistematizados, nas últimas décadas, pelos movimentos de mulheres de todo o mundo. Consolidou o avanço mundial e da massa crítica sobre Igualdade, Justiça e Direitos Humanos, à luz da perspectiva de gênero e do reconhecimento da desigualdade entre os sexos. Chegou-se ao século XXI com instrumentos jurídicos e consensos mundiais balizadores de delineamentos mais justos na sociedade mundial (SUPLICY, 2002).

No Brasil, no primeiro momento de constituição da agenda de reforma das políticas sociais, nos anos 1970, eram perceptíveis as questões de gênero. Em primeiro lugar, através da presença expressiva de mulheres nos movimentos sociais urbanos. Como afirma Souza-Lobo (*apud* FARAH, 2001), frequentemente, as análises ignoraram que os principais atores dos movimentos populares eram, de fato, atrizes. A história desses movimentos é também a da constituição das mulheres como novo sujeito coletivo, em que estas deixam a esfera privada, a que estavam confinadas,

e passam a atuar no espaço público, levando para a esfera pública temas que recortam o espaço privado, a exemplo da saúde.

No que diz respeito às políticas públicas, as questões colocadas pelos movimentos de mulheres, na passagem dos anos 1970 para 1980, coincidiram com as demandas colocadas pelos movimentos sociais em seu conjunto e dizem respeito à extensão da cidadania social e política, participação e acesso a bens e serviços públicos, entre eles, os de saúde. A discriminação de questões diretamente ligadas às mulheres envolve uma crítica à ação do Estado e à formulação de propostas de novas políticas públicas que tenham como foco a mulher.

No início da década de 1980, a unidade do movimento de mulheres se desfez, pois, no contexto da abertura política, ser oposição já não era fator de unidade. De um lado, parte dos grupos compostos por mulheres continuou a se articular em torno de questões além da problemática de gênero. De outro, os grupos feministas que enfatizavam a desigualdade de gênero se dissolveram, organizando-se em torno de temas específicos, como sexualidade, reprodução, saúde, entre outros (FARAH, 2001).

Nesse período, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais implementaram programas voltados aos problemas mais prevalentes e de alta morbidade e mortalidade, com ênfase em ações de tecnologia de baixo custo e fácil acesso para as mulheres (SANTOS *et al.*, 2000).

A partir de meados da década de 1980, observou-se um crescente sentimento de democratização do país com a organização de movimentos sociais, como o movimento feminista. As mulheres passaram a expor suas reivindicações: direito à procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, descriminalização do aborto, democratização da educação para a saúde e outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não do ato médico. O interesse pelo tema Saúde da Mulher cresceu no país não apenas nos espaços acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados. No processo de abertura política, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadãs, resultando em uma proposta concreta do Estado

como resposta às reivindicações: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM (SEPÚLVEDA, 2001).

O PAISM foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, sendo anunciado como uma nova abordagem da saúde da mulher. Pela primeira vez, o governo propôs e implantou, de forma parcial, um programa que contemplava a regulação da fecundidade. O PAISM foi pioneiro, até mesmo no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Por essa razão, os movimentos de mulheres reivindicaram a sua implementação. Seu conteúdo incluiu plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo, em 1994, e em Beijing, em 1995. A adoção do programa representou uma etapa importante de reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta (OSIS, 1998).

Este programa passou a ser prioridade do Ministério da Saúde por ter amplo respaldo no movimento de mulheres e por representar, no conjunto das suas concepções, um substancial avanço em relação à proposta anterior (Programa de Saúde Materno-Infantil – PSMI). A partir de 1984, começaram a ser distribuídos às Secretarias Estaduais documentos técnicos que iriam nortear as chamadas ações básicas de assistência integral à saúde da mulher, englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; as doenças sexualmente transmissíveis; a assistência ao parto e puerpério. Posteriormente, foram sugeridas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade. Nesse período, várias experiências alternativas foram feitas em saúde: capacitação de profissionais, novas práticas educativas em saúde da mulher, bem como formas alternativas de atendimento (SEPÚLVEDA, 2001).

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensionou o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher – vista como um todo – o PAISM

rompeu a lógica que norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres, que deixaram de ser vistas apenas como parideiras (OSIS, 1998).

O Ministério da Saúde, através da implantação do PAISM, preconizava a assistência integral para que todo contato que a mulher tivesse com os serviços de saúde fosse utilizado em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde. As diretrizes desse programa foram elaboradas dentro da ótica da atenção primária, segundo o conceito da integralidade da assistência, e englobaram todas as fases da vida, da adolescência até a velhice, respeitando-se a especificidade de cada uma dessas fases. Segundo essas diretrizes, a prática educativa deveria permear todas as ações, assegurando a apropriação dos conhecimentos necessários para essa clientela (BRASIL, 1995).

Partindo desse princípio, a assistência clínico-ginecológica passou a compreender o conjunto de ações e procedimentos voltados à identificação, diagnóstico e tratamento imediato de patologia, através da anamnese e da avaliação clínica, dirigidas para a descoberta das patologias, principalmente do aparelho reprodutivo, como a do câncer uterino e de mama (BRASIL, 1995).

Essa consideração de prioridade foi necessária, tendo em vista que os dados referentes ao atendimento à saúde da mulher nos países em desenvolvimento são alarmantes, com taxa de mortalidade materna 20 a 40 vezes maior do que a de países desenvolvidos. Observa-se que a mortalidade por câncer do colo do útero e infecção ginecológica, por exemplo, é muito alta, sendo responsável por um número de mortes que poderia ser prevenido se comparado com o de mortalidade materna. Apesar da indicação de condições gerais precárias de saúde da mulher, a maioria das organizações internacionais dá prioridade ao controle da mortalidade materna, enquanto esquecem as outras causas da mortalidade da mulher e os governos continuam organizando campanhas que focalizam problemas isolados (PINOTTI, *et al.*,1998).

Nos anos 1980, a integração das ações no Atendimento Primário à Saúde (APS) começou a ser discutida, ao passo que, para aqueles ginecologistas acostumados a tratar a mulher como um todo, parecia estranho atender às necessidades de planejamento familiar

em separado. Alguns deles consideraram que, recusar os direitos de saúde reprodutiva às mulheres resultaria não somente numa taxa elevada de mortalidade materna, como também daria origem a um número grande de causas de morte, superior mesmo ao da mortalidade materna. Era, então, redefinida a saúde reprodutiva, que encerrou com a ênfase apenas na gestante ou nos programas de controle de natalidade, dando prioridade para a saúde da mulher desde a adolescência até a terceira idade, de forma mais abrangente e com as prioridades estabelecidas em bases epidemiologicamente adequadas (PINOTTI, *et al.*, 1998).

Essa evolução de conceitos e propostas, que culminaram no PAISM, apresenta uma trajetória até se chegar à sua implementação. De acordo com Pinotti (1998), durante os últimos trinta anos, houve uma evolução do conceito de controle de natalidade, na luta contra o risco de uma explosão demográfica nos países pobres – que preocupava os países ricos do Primeiro Mundo –, para o conceito de saúde reprodutiva, por meio do qual os direitos e a saúde da mulher são considerados prioritários.

De acordo com as diretrizes da Conferência do Cairo, a mulher deve receber atenção à saúde em todas as fases de seu ciclo vital, com ênfase no respeito aos direitos reprodutivos. Para o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (2001), a implementação dessa política é um desafio, uma prioridade e um compromisso. Há que se avançar na diminuição das taxas de mortalidade materna, na redução da gravidez precoce, na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, do câncer de mama e de colo de útero. Na área de planejamento familiar, parte integral de uma política de saúde e direitos reprodutivos, é necessário ampliar a informação sobre meios de contraceptivos seguros, bem comoo acesso diversificado a estes. Para conseguir esses objetivos, é preciso a priorização e integração efetiva do PAISM nas estratégias da política universal da saúde, especialmente do SUS (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER, 2001).

No âmbito do SUS, o PAISM define a política especial de atenção a ser oferecida à população feminina. Seus princípios e diretrizes já foram adotados por muitos municípios, porém a maioria deles ainda não dispõe de serviços de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo programa.

O PAISM propõe que os serviços de saúde devem dar assistência às mulheres em todas as suas necessidades de saúde, em todas as fases de sua vida e de acordo com as características apresentadas em cada fase. A qualidade do atendimento deve ser boa e adequada. Deve, ainda, proporcionar a realização de atividades educativas que permitam às mulheres deterem maior conhecimento sobre o seu próprio corpo – inclusive para melhor vivenciarem a sua sexualidade, alertando-as acerca dos problemas mais comuns de saúde e de como viverem melhor (REDESAÚDE, 2002).

A abrangência dessa política com vistas à integralidade do PAISM alcança também o planejamento familiar, considerado condição indissolúvel para garantir à mulher um percurso de vida saudável. No Artigo 3º, da Lei 9.263/96, que regula o parágrafo 7º do Art. 226 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. No parágrafo único, consta:

> As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no *caput*, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que incluam, como atividades básicas, entre outras:
> I - assistência à concepção e contracepção;
> II - o atendimento pré-natal;
> III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
> IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;
> V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis. (BRASIL, 1996).

De acordo com essa lei, o planejamento familiar deve guiar-se através de ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis de regulação da fecundidade. Preconiza, ainda, a capacitação de pessoal

técnico, com objetivo de promover ações de atendimento à saúde reprodutiva através do SUS.

Em relação aos direitos reprodutivos, de acordo com Mattos (2001), existem, aproximadamente, dez milhões de mulheres sujeitas à gravidez indesejada, seja pelo uso inadequado de métodos anticoncepcionais ou por falta de conhecimento ou acesso a eles. Para superar esse problema, é preciso que a população conte com o respaldo da rede municipal para utilizar algum método contraceptivo, cuja atuação nessa esfera ajude a escolher caminhos mais adequados, um deles através da educação, o que exige atenção do município aos casos de infertilidade. O pré-natal merece atenção especial, pois, se não for corretamente realizado, a mãe corre riscos e pode até vir a falecer. Por isso, é necessário que o município, através de ações de saúde à mulher, ofereça uma boa assistência pré-natal. Para tanto, não é necessário que o município faça grandes investimentos em tecnologia, basta dispor de equipamentos mínimos e disponibilizar profissionais capacitados e uma rede de saúde integrada para realizá-lo.

Apesar do consenso e dos avanços conquistados em torno da questão da situação da saúde reprodutiva das mulheres brasileiras, a questão ainda está longe de um quadro considerado aceitável. Ainda em 1986, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que indicavam que 27% das mulheres em união estável, que usavam algum tipo de controle de fecundidade, estavam esterilizadas cirurgicamente. O IBGE informou que os métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres brasileiras eram, respectivamente, a pílula e a esterilização. Para efeito comparativo: na França, 6%; na Inglaterra, 7%; e na Itália, 4% das mulheres, na mesma situação, estão esterilizadas (NOTÍCIAS DE SAÚDE, 2002).

No Brasil, a taxa de mortalidade materna encontra-se em torno de 140/100.000 nascidos vivos. Essa taxa é 25 vezes maior do que a do Canadá, por exemplo. O uso abusivo de cesariana, além de interferir nesta mortalidade feminina, está diretamente relacionado ao desregramento das altas incidências de esterilização entre as mulheres, ao

ponto de colocar as taxas de cesarianas no Brasil entre as mais altas do mundo (NOTÍCIAS DE SAÚDE, 2002). Em relação ao câncer ginecológico, uma doença que já se tornou um problema de saúde pública, os números são expressivos e requerem ações efetivas para combatê-lo.

Por sua vez, a implementação efetiva do PAISM, comenta Osis (1998), não ocorreu em todo o território nacional devido a inúmeros problemas de ordem político-institucional. Apesar dessa situação, as concepções que fundamentaram o PAISM sobreviverão ao tempo e à negligência do poder público. Para a melhoria desejada, é preciso redobrar os esforços para pressionar o governo a efetivar o PAISM em todo o Brasil e essa é uma tarefa de todos aqueles que têm interesse em promover atendimento de boa qualidade às mulheres, compreensão esta que deve ser estendida ao âmbito da política de controle do câncer de mama.

POLÍTICA DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA

O câncer, de modo geral, e o câncer de mama formam um conjunto grandioso de desafios às políticas de saúde por ser um importante problema de saúde pública em todo o Brasil. Por essa razão, exige programas e ações de promoção e prevenção da saúde, de tratamento e controle da doença, bem como uma organizada, integrada e adequada rede de serviços com profissionais habilitados a atuar nas diversas regiões do Brasil. No plano político e econômico, é necessária a mobilização para alocar recursos financeiros dentro de uma lógica nacional e local-regional, que permita aos gestores disponibilizarem para a população uma rede organizada e apta a atender à demanda, com disponibilidade de horários e uma estrutura física e de recursos humanos adequados à realidade de cada região. Ao longo dos anos, iniciativas do governo federal buscam essa adequação com a implementação de políticas orientadas ao combate e controle do câncer.

Em 1986, o Ministério da Saúde expandiu a ação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, criando o Programa de Controle do Câncer, o Pro-Onco, que é um programa específico para desenvolver ações de controle do câncer no Brasil. Com a promulgação da Lei Orgânica da

Saúde, que criou o SUS, novo impulso foi dado ao Instituto Nacional de Câncer – INCA, ao ser incluído especificamente nessa Lei, no Artigo 41, como órgão referencial para o estabelecimento de parâmetros e avaliação da prestação de serviços ao SUS (KLIGERMAN, 2001).

Em 1991, 1998 e 2000, atos presidenciais confirmaram a missão do INCA como órgão governamental responsável por assistir o Ministério da Saúde na formulação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e como seu respectivo órgão normativo, coordenador e avaliador. Desde então, o INCA tem desempenhado importante papel em todas as áreas tecnocientíficas de prevenção e controle do câncer no Brasil. Na detecção do câncer, o Programa Viva Mulher, de nível nacional, abrange o controle do câncer do colo do útero e do câncer de mama e tem como objetivo a organização de uma prestação de serviços para atender à demanda de mulheres que desejem se submeter aos exames e tratamentos indicados (KLIGERMAN, 2001).

A introdução do Viva Mulher foi um avanço para o controle do câncer ginecológico, nele incluído o de mama, já que durante muitos anos a sua realização ocorreu fora do contexto de um programa organizado, não havendo meios adequados e bem estruturados que estimulassem a procura e garantissem o acesso das mulheres aos serviços de saúde, sobre tudo aquelas em condições de maior risco para desenvolver a doença.

Programar essa política representa desenvolver ações para um controle mais amplo e efetivo do câncer, promovendo a saúde e o detectando precocemente, além da exigência de uma vigilância epidemiológica que analise e produza dados técnicos e científicos pertinentes como meio de orientação e efetivação da mesma, com vistas à redução dos índices de novos casos e de mortes.

Além desses aspectos, é necessário compreender como os números da doença causam preocupação, pois informam o aumento de casos, o que implica a necessidade de constante reorientação dessas mesmas políticas. Uma outra necessidade é entender que esse aumento não é mero acaso, pois o câncer está relacionado com as mudanças sociais em escala ampliada, especialmente no contexto mundial da urbanização, industrialização e dos estilos de vida que caracterizam o

mundo contemporâneo e que estão relacionadas com o crescimento da doença. Em relação à incidência do câncer, estudos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) informam seu crescimento no Brasil e no mundo, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida.

Sua compreensão não pode desconsiderar suas dimensões biológica e epidemiológica, sem as quais não seria possível entender-se toda a sua dimensão e magnitude. É um resultado direto das grandes transformações globais das últimas décadas, que alteraram a situação de saúde dos povos, pela urbanização acelerada, pelos novos modos de vida e novos padrões de consumo. Em decorrência do maior controle das doenças que afetam os países semiperiféricos, observa-se, nas últimas décadas, uma transição demográfica e epidemiológica importante, demarcando novos espaços sociais e a própria existência social. A constatação é de que estamos vivendo mais e expostos a uma série de fatores ambientais e aqueles relativos ao processo de envelhecimento, às doenças crônico-degenerativas, a exemplo do câncer (SANTOS, 2007).

A propósito dessa compreensão, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado, denominado **maligno**, de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo num processo conhecido como metástase. Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que são o acúmulo de células cancerosas ou **neoplasias malignas**. Por outro lado, um **tumor denominado benigno** significa que existe uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida (BRASIL, 2009a).

Ainda nessa compreensão, os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Existem diversos tipos de câncer de pele, porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais, como pele e mucosas, ele é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, é chamado de sarcoma. Outras características

que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invasão de tecidos e órgãos vizinhos ou distantes.

As causas de câncer, ainda nessa direção (BRASIL, 2009a), variam e podem ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais.

De todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais. Alguns deles são bem conhecidos, como o cigarro, que pode causar câncer de pulmão; a exposição excessiva ao sol, que pode causar câncer de pele; e alguns vírus, que podem causar leucemia. Outros estão em estudo, como alguns componentes dos alimentos que ingerimos; e muitos são ainda completamente desconhecidos. Por sua vez, o envelhecimento traz mudanças nas células que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para o câncer, explica, em parte, o porquê de o câncer ser mais frequente nesses indivíduos. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos. Esses fatores atuam alterando a estrutura genética (DNA) das células. O surgimento do câncer depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer. Por exemplo, o risco de uma pessoa desenvolver câncer de pulmão é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao número de anos que ela vem fumando (BRASIL, 2007b).

Como se sabe, os fatores de risco de câncer podem ser encontrados no meio ambiente ou podem ser herdados. A maioria dos casos de câncer está relacionada com o meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco. Entende-se por ambiente o meio em geral, nas dimensões amplamente conhecidas, como a água,

a terra e o ar, o ambiente ocupacional composto pelas indústrias químicas e afins, o ambiente de consumo na dimensão dos alimentos e medicamentos, o ambiente sociocultural relativo ao estilo e aos hábitos de vida. As mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, os 'hábitos' e o 'estilo de vida' adotados pelas pessoas podem determinar diferentes tipos de câncer.

Apesar de toda essa complexidade de fatores inter-relacionados e seu impacto na vida da população, somente nas últimas décadas o câncer vem sendo reconhecido como um problema de saúde em escala mundial. No Brasil, o panorama não tem sido diferente, observando-se que, a partir dos anos 1960, as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, dando lugar às doenças do aparelho circulatório e às neoplasias, respectivamente a primeira e a segunda causa de morte por doença no Brasil. As neoplasias, juntamente com as doenças do aparelho circulatório, vêm sendo responsáveis por um número cada vez maior de óbitos, apontando para uma mudança no perfil de mortalidade semelhante àquela observada nos países centrais (KLIGERMAN, 2000a).

A progressiva ascensão da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, prossegue Kligerman (2000a), exige a elaboração de um sistema de informações voltado para as doenças crônicas não transmissíveis. No contexto dessas informações e dessa transição epidemiológica, as neoplasias malignas merecem abordagem diferenciada por apresentarem um aumento de sua prevalência, por ser utilizado grande volume de recursos financeiros para combatê-las e por representarem grande ônus institucional e social, bem como por uma crescente importância como causa de doença e de morte no país.

Compreender o câncer também significa dispor de um sistema de informação que permita dimensionar a sua magnitude. Para tanto, as estimativas sobre mortalidade e incidência fornecem um conjunto de informações que permitem um melhor entendimento de ambas no cenário brasileiro, assim como subsídios para o planejamento de ações.

Nessa perspectiva, o controle do câncer no país ocorre com base no perfil de morbidade e mortalidade nos diversos estados e municípios

brasileiros, que varia de uma região para outra. Através das estimativas de casos novos de câncer, de acordo com localizações primárias, são oferecidas informações epidemiológicas importantes para o planejamento de ações de promoção à saúde, detecção precoce e de atenção oncológica em todos os níveis. A expectativa dos pesquisadores especialistas nos estudos que vêm sendo desenvolvidos é garantir o aprimoramento constante da metodologia, visando oferecer estimativas que indiquem a magnitude real do câncer no Brasil, na perspectiva de contribuir para ações, programas e políticas de câncer, como pensa Silva, L. A. R. S. (2006).

Outros estudiosos, como Parkin e colaboradores (*apud* BRASIL, 2006b), estimaram, para o ano de 2000, que o número de casos novos de câncer, em todo o mundo, seria maior que 10 milhões, dentre os quais, 53% ocorreriam nos países semiperiféricos. Os tumores de pulmão, com 902 mil casos novos, e de próstata, com 543 mil casos novos, seriam os mais frequentes no sexo masculino, enquanto, no sexo feminino, as maiores ocorrências seriam os tumores da mama, com um total de 1 milhão de casos novos, e de colo do útero, com 471 mil casos novos.

No que se refere ao Brasil, as estimativas para o ano 2006 apontavam para a ocorrência de 472.050 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, com exceção dos de pele não melanoma, seriam os de próstata e pulmão, no sexo masculino, e de mama e colo do útero, no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo. Foram esperados 234.570 casos novos, para o sexo masculino, e 237.480 casos novos, para o sexo feminino. Estimou-se que o câncer de pele não melanoma teria 116 mil casos novos e seria o câncer mais incidente na população brasileira, seguido dos tumores da mama feminina (49 mil), próstata (47 mil), pulmão (27 mil), cólon e reto (25 mil), estômago (23 mil) e colo do útero (19 mil). Especificamente, para o câncer de mama, o risco estimado foi de 52 casos para 100 mil mulheres, prosseguem Parkin e colaboradores (*apud* BRASIL, 2006b).

Se considerarmos a exclusão dos casos de tumores de pele não melanoma, foram 355 mil casos novos, correspondendo a quase 2 casos novos por ano, para cada 1.000 habitantes. Quanto à mortalidade, em

2004, o Brasil registrou 141 mil óbitos. Desse total, o câncer de pulmão, próstata e estômago foram as principais causas de morte por câncer em homens, e o câncer de mama, pulmão e intestino, as principais na mortalidade feminina por câncer (BRASIL, 2006a).

Em relação ao atendimento, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 423 mil internações por neoplasias malignas em 2005, além de 1,6 milhão de consultas ambulatoriais em oncologia. Mensalmente, são tratados cerca de 128 mil pacientes em quimioterapia e 98 mil em radioterapia ambulatorial, tendo sido observado um aumento expressivo no número de pacientes oncológicos atendidos pelas unidades de alta complexidade do SUS, nos últimos 5 anos (BRASIL, 2006a).

A distribuição dos casos novos de câncer, segundo a localização primária, é bem heterogênea entre os estados e capitais do país; o que fica bem evidenciado ao se observar a representação espacial das diferentes taxas brutas de incidência. As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas, enquanto as regiões Norte e Nordeste mostram taxas mais baixas. As taxas da região Centro-Oeste apresentam um padrão intermediário (BRASIL, 2006b).

Ainda segundo tais estimativas, os números indicam também que, na região Sudeste, o câncer de mama é o mais incidente entre as mulheres, com um risco estimado de 71 casos novos por 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sul (69/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (27/100.000). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (15/100.000).

Uma análise dos dados anteriores indica que o câncer de mama permanece como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres. Porém, a prevenção primária desse câncer ainda não é totalmente possível, pois fatores de risco ligados à vida reprodutiva da mulher e características genéticas estão envolvidos em sua etiologia. Estudos têm sido realizados no sentido de validar novas estratégias de rastreamento factíveis para países com dificuldades orçamentárias, já que o único método de detecção precoce que, até o momento, mostrou reduzir a mortalidade por câncer de mama foi o

rastreamento populacional com mamografia para mulheres com idade entre 50 e 69 anos. No Sistema Único de Saúde (SUS), a prioridade atual é a realização do exame clínico da mama em mulheres que procuram o sistema de saúde por qualquer razão, especialmente naquelas que estão na faixa etária de maior risco. Os mamógrafos disponíveis devem ser prioritariamente utilizados no diagnóstico das mulheres com alterações prévias no exame clínico. Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estados avançados. Na população mundial, a sobrevida média, após cinco anos, é de 61% (BRASIL, 2006b).

Para o Instituto Nacional de Câncer – INCA, o câncer de mama é, provavelmente, o mais temido pelas mulheres, tanto devido à sua alta frequência, quanto aos efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. É uma doença relativamente rara antes dos 35 anos de idade, mas, acima dessa faixa etária, sua incidência cresce rápida e progressivamente. Seus sintomas palpáveis são o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária, podendo surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja, podendo, ainda, aparecer nódulos palpáveis na axila (BRASIL, 2006c).

Continuando a discussão, o INCA destaca que o histórico familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidos por ele antes dos 50 anos de idade. Entretanto, o câncer de mama de caráter familiar corresponde a aproximadamente 10% do total de casos de cânceres de mama. A idade constitui um outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade. A menarca precoce (idade da primeira menstruação), a menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade (não ter tido filhos), constituem também fatores de risco para o câncer de mama.

Esse Instituto informa que ainda é controvertida a associação do

uso de contraceptivos orais ao aumento do risco para o câncer de mama, destacando certos subgrupos de mulheres que usaram contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, comparando-as com outros grupos de mulheres que fizeram uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez. A ingestão regular de álcool, mesmo que em quantidade moderada, é identificada como fator de risco para o câncer de mama, assim como a exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos.

As formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama, conforme as recomendações do INCA, são: o Exame Clínico da Mama (ECM) e a mamografia. O ECM se realizado por um médico ou enfermeira treinados, pode detectar tumor de até um centímetro, se superficial. A sensibilidade do ECM varia de 57% a 83%, em mulheres com idade entre 50 e 59 anos, e em torno de 71% nas que estão entre 40 e 49 anos. A especificidade varia de 88% a 96% em mulheres com idade entre 50 e 59 e entre 71% a 84% nas que estão entre 40 e 49 anos.

A mamografia é a radiografia da mama, sendo um recurso que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (de milímetros). É realizada em um aparelho de raio X apropriado, chamado mamógrafo. Nele, a mama é comprimida, de forma a fornecer melhores imagens e melhor capacidade de diagnóstico.

Estudos sobre a efetividade da mamografia (BRASIL, 2006e) sempre utilizam o exame clínico como exame adicional, o que torna difícil distinguir a sensibilidade do método como estratégia isolada de rastreamento. A sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82% e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame.

Devido aos resultados de ensaios clínicos randomizados que comparam a mortalidade em mulheres convidadas para rastreamento mamográfico a mulheres não submetidas a nenhuma intervenção, o uso da mamografia é indicado como método de detecção precoce

capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama. Em razão dos benefícios do uso da mamografia, constatou-se cerca de 30% de diminuição da mortalidade em mulheres acima dos 50 anos, depois de sete a nove anos de implementação de ações organizadas de rastreamento.

Embora reconheça a importância do autoexame, o INCA não o estimula como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama. Recomenda que o exame das mamas, realizado pela própria mulher, faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo.

O autoexame das mamas, isoladamente, não é eficiente para o rastreamento da doença e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, esse método provoca um aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivos. Por essas razões, o exame das mamas realizado pela própria mulher não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade (BRASIL, 2006d).

A detecção precoce ajuda no tratamento do câncer de mama, como é consenso entre os profissionais especializados, pois, quanto mais cedo é diagnosticado um câncer de mama, maiores são as chances da cura. Nesse sentido, o INCA publicou os Parâmetros Técnicos para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer de Mama, para ajudar gestores estaduais e municipais de saúde no planejamento da atenção ao câncer de mama e para aumentar o número de diagnósticos precoces da doença.

Segundo o INCA, o tumor de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres brasileiras, com mais de nove mil por ano. Esse quadro pode ser modificado com a estratégia da detecção precoce, que aumenta em 90% as chances de tratamento e cura do câncer, segundo Corrêa (*apud* BRASIL, 2007b). Por essa razão, todos os níveis de atenção à saúde, de alta e de média complexidade, e a atenção básica devem estar articulados para que diagnósticos e tratamentos sejam oferecidos com qualidade, no momento adequado e a quem realmente necessita.

Se acontecer a identificação de um tumor em um posto de saúde, é fundamental que os profissionais saibam fazer o encaminhamento, da forma mais adequada possível, para a continuidade do tratamento em uma unidade capacitada e habilitada no tratamento do câncer de mama.

Um levantamento do Ministério da Saúde mostrou que, no Brasil, geralmente os tumores são diagnosticados em estágio avançado. Pesquisas do INCA, realizadas entre 1999 e 2003, revelaram que, nesse período, apenas 3,35% dos casos de câncer de mama receberam diagnóstico no começo da doença. O diagnóstico tardio afeta o tratamento e diminui as chances de cura das pacientes. A redução da mortalidade por câncer de mama é uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica, lançada em 2005, pelo Ministério da Saúde, para tratar o câncer como um problema de saúde pública (BRASIL, 2007b).

Segundo os Parâmetros Técnicos para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer de Mama: todas as mulheres com idade acima de 35 anos com casos de câncer de mama na família (mãe, irmã e filha) diagnosticados antes dos 50 anos, com câncer de ovário em qualquer idade ou com história de câncer de mama masculino na família, devem procurar anualmente atendimento no SUS para ser realizada a mamografia e o exame clínico por profissionais treinados, como médicos ou enfermeiros;todas as mulheres com idade a partir de 40 anos devem realizar o exame clínico das mamas anualmente; entre 50 e 69 anos, toda mulher deve fazer uma mamografia, no mínimo, a cada dois anos, além do exame clínico anualmente. O INCA recomenda a prática do autoexame da mama apenas como uma estratégia de autoconhecimento.

Assim, a prevenção e o controle são fundamentais para o enfrentamento e combate ao câncer de mama, em função de sua magnitude e de sua importância como problema de saúde pública e causa de morte feminina no mundo, incluindo-se o Brasil. O câncer de mama apresenta altas taxas de novos casos anualmente e as previsões não são animadoras, observando-se que a doença se comporta de forma diferente, nas diversas regiões do país.

Na região Nordeste, Pernambuco é o estado cuja estimativa o coloca em primeiro lugar na incidência de câncer de mama, com uma

taxa estimada de 44,03 casos novos para 100 mil mulheres. Para o Maranhão, as estimativas o colocam como o estado com a menor taxa de incidência (9,54 para 100 mil mulheres). A Paraíba ocupa a sexta colocação, apresentando uma taxa de incidência estimada de 18,97 para 100 mil mulheres (BRASIL, 2006b). Essa variação ocorre também nos demais tipos de câncer.

A mortalidade por neoplasias também apresenta grande variação entre as unidades da Federação, refletindo as variações na própria incidência do câncer decorrentes de perfis heterogêneos de exposição a fatores de risco e modos de vida. Em geral, as taxas são maiores nos estados da região Sul e menores na região Norte, caracterizando um gradiente regional típico da situação de saúde do Brasil. Esse padrão geográfico também é fortemente influenciado pela qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), como se constata pelas altas proporções de causas mal definidas de morte nas regiões Norte e Nordeste, apesar da melhora verificada na última década (BRASIL, 2006a). Os dados sobre casos novos de câncer, por sexo, também se modificam e apresentam diferentes perfis, de acordo com cada região. A seguir, estudaremos a assistência a mulheres com câncer de mama em um centro de referência no município de Campina Grande, estado da Paraíba.

ASSISTÊNCIA A MULHERES COM CÂNCER DE MAMA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO ESTADO DA PARAÍBA

RESULTADO DOS DADOS DA PESQUISA COM A POPULAÇÃO ESTUDADA

Neste capítulo do livro busca-se apresentar e discutir os resultados da pesquisa junto às 196 mulheres participantes do estudo, as quais eram usuárias do centro de referência em oncologia e se encontravam em tratamento de radioterapia e quimioterapia. Procura-se articular os resultados no âmbito da política de saúde e da proteção social, a partir de marcos institucionais de referência do governo federal e do INCA, bem como na adoção de uma perspectiva analítica transdisciplinar do conhecimento, que possibilite o diálogo com autores que problematizam a assistência médica e à saúde, e que atualizem a crítica às práticas profissionais biomédicas e à política de saúde.

Perfil socioeconômico do grupo de mulheres estudadas

A maioria das 196 mulheres encontrava-se na faixa etária entre 40 e 59 anos (63,1%), o que corresponde à faixa de risco para desenvolvimento do câncer de mama, pelo qual foram afetadas. Quanto

à ocupação, 38,3% eram cuidadoras do lar e 30,1% aposentadas, cuja renda familiar se concentrava naquelas que ganhavam entre menos de um salário e um salário mínimo, num total de 114 mulheres (58,2%).

Das 82 que ganhavam acima de um salário mínimo, apenas seis (7,3%) mencionaram renda superior a dois salários mínimos. Essa população era constituída em sua maioria por mulheres casadas (60,2%), cujos níveis de escolaridade mais frequentes foram o ensino fundamental incompleto (27,6%) e fundamental completo (24,1%), que perfazem um total de 51,6%. Se a estes forem somados os percentuais de não alfabetizadas (3,5%) e alfabetizadas (13,2%), tem-se um total de 68% (Tabela 1).

No geral, o grupo estudado era formado por uma população de baixo nível social e econômico, fator que tem fortes implicações negativas com relação aos cuidados com a saúde e com o corpo; assimilação de conhecimentos e poder de tomada de decisão e de escolha; de acesso à informação e de pleno uso de seus direitos e benefícios, bem como adesão às políticas e às ações de saúde e às recomendações médicas – por variáveis econômicas, sociais e culturais – sejam elas no âmbito da nutrição e dietética, na tomada da quantidade indicada dos medicamentos em horários e duração adequados e dos suplementos necessários à manutenção do quadro de saúde e da recuperação corporal, às exigências dos resultados das terapias convencionais; do estilo de vida, da rede social de convívio e de apoio.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico das mulheres

Faixa etária	**Frequência**	**(%)**
Menos de 30	2	1,0
30 e 39	25	12,8
40 e 49	54	27,6
50 e 59	50	25,5
60 e 69	46	23,5
Mais de 70	19	9,7
Total	**196**	**100,0**
Ocupação		
Agricultora	16	8,2
Aposentada	59	30,1
Autônoma	1	0,5
Do lar	75	38,3
Outra	32	16,3

Pensionista	13	6,6
Total	**196**	**100,0**
Renda familiar (SM*)		
Menos de um salário	49	25,0
Um salário	65	33,2
Até dois salários	79	40,3
Mais de dois salários	3	1,5
Total	**196**	**100,0**
Nível de escolaridade		
Não alfabetizada	7	3,5
Alfabetizada**	26	13,2
Fundamental incompleto	54	27,6
Fundamental completo	47	24,1
Médio incompleto	6	3,0
Médio completo	33	17,0
Superior incompleto	3	1,5
Superior	19	9,6
Pós-graduação	1	0,5
Total	**196**	**100,0**
Estado civil		
Casada	118	60,2
Divorciada	8	4,1
Separada	10	5,1
Solteira	25	12,8
União estável	6	3,1
Viúva	29	14,8
Total	**389**	**100,0**

* SM = Salário Mínimo

** Considerou-se alfabetizada aquela que soubesse assinar e reconhecer seu nome.

Fonte: Dados elaborados para esta pesquisa

Fatores antecedentes acerca da doença do grupo de mulheres estudadas

Quanto aos fatores antecedentes ginecológicos e obstétricos (Tabela 2), a menarca foi mais frequente entre os 12 e 14 anos de idade (39,8%) e entre 14 e 16 anos (30,7%). Em relação ao número de filhos, 54,1% tiveram de 1 a 3 filhos, com gestação a termo antes dos 30 anos (44%), tendo apenas 7% delas feito uso de algum tipo de hormônio, e entrada no período da menopausa com mais frequência entre os 40 e 45 anos de idade (36%).

Tabela 2 – Fatores antecedentes ginecológicos e obstétricos

Menarca	**Frequência**	**(%)**
Antes dos 10 anos	1	0,5
10 e 12 anos	28	14,3
12 e 14 anos	78	39,8
14 e 16 anos	60	30,7
Acima de 16 anos	11	5,6
Não lembra	18	9,1
Total	**196**	**100,0**
Número de filhos		
Não tem filhos	26	13,3
1 a 3	106	54,1
3 a 6	48	24,5
Mais de 6	16	8,1
Total	**196**	**100,0**
Gestação a termo antes dos 30		
Sim	87	44,4
Não	109	55,6
Total	**170**	**100,0**
Uso de hormônio		
Sim	14	7,0
Não	182	93,0
Total	**196**	**100,0**
Menopausa		
Ainda não	32	16,3
Antes do 40	15	7,7
40 e 45	71	36,2
45 e 50	43	22,0
50 e 55	25	12,7
Mais de 55	1	0,5
Não lembra	9	4,6
Total	**196**	**100,0**

Fonte: Dados elaborados para esta pesquisa

Quanto à realização e periodicidade do exame preventivo, 62,8% afirmaram que não o realizavam. Do total de mulheres que responderam sim, 74% afirmaram realizá-lo anualmente, sendo a mamografia o exame mais frequentemente realizado (41%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Realização e periodicidade do exame preventivo das mulheres

Exame preventivo	**Frequência**	**%**
Realizavam	73	37,2
Não realizavam	123	62,8
Total	**196**	**100**
Tipo de exame		
Mamografia, ECM e ultrassonografia	4	5,5
Mamografia e ECM	7	9,5
Mamografia e ultrassonografia	13	17,9
ECM e ultrassonografia	2	2,7
Mamografia	30	41,0
ECM	4	5,5
Ultrassonografia	13	17,9
Total	**73**	**100**
Periodicidade de realização		
Anualmente	54	74,0
A cada 2 anos	12	16,4
Eventualmente	7	9,6
Total	**73**	**100**

Fonte: Dados elaborados para esta pesquisa

Quanto ao estilo de vida das mulheres (Tabela 4), apenas 33,1% afirmaram adotar hábitos saudáveis. Entre os hábitos saudáveis incorporados em suas vidas, o mais mencionado foi a atividade física (60%).

Tabela 4 – Estilo de vida das mulheres

Estilos de vida	**Frequência**	**(%)**
Hábitos saudáveis		
Sim	65	33,1
Não	131	66,9
Total	**196**	**100,0**
Tipos		
Atividade física	39	60,0
Dieta	19	29,2
Atividade física/Dieta	7	10,8
Total	**65**	**100,0**
Hábitos não saudáveis		
Sim	76	61,2
Não	120	38,8
Total	**196**	**100,0**

Tipos		
Tabagismo	51	67,1
Etilismo	8	10,5
Tabagismo/etilismo	17	22,4
Total	**76**	**100,0**

Fonte: Dados elaborados para esta pesquisa

No momento do diagnóstico da doença, as faixas etárias frequentemente acometidas foram a de 40 a 49 anos de idade (29%), seguida pela de 50 a 59 (23,5%) e de 60 a 69 (23%), conforme dados da Tabela 5.

Tabela 5 – Faixa etária no momento do diagnóstico da doença

Idade no diagnóstico	**Frequência**	**(%)**
Menos de 30	6	3,0
30 a 39	28	14,4
40 a 49	57	29,0
50 a 59	46	23,5
60 a 69	45	23,0
Mais de 70	13	6,6
Não lembra	1	0,5
Total	**196**	**100,0**

Fonte: Dados elaborados para esta pesquisa

Indagadas acerca da doença, 44,4% afirmaram que ela foi diagnosticada em estágio avançado. Quanto à busca por assistência especializada, 91,8% afirmaram tê-la buscado imediatamente após o comunicado. Em relação à assistência, 97,4% a encontrou, tendo 94,4% iniciado o tratamento imediatamente. Das 196 mulheres, 43,4% estão em tratamento entre 6 meses e 1 ano, e 31,1% há mais de 1 ano, sendo o tratamento mais frequente a terapia conjunta radioterapia/quimioterapia, com percentual de 57,7% (Tabela 6).

Tabela 6 – Estágio da doença e início do tratamento

Estágio da doença	Frequência	(%)
Avançado		
Sim	87	44,4
Não	109	55,6
Total	**196**	**100,0**
Procurou assistência		
Sim	196	100,0
Não	-	-
Total	**196**	**100,0**
Imediatamente	180	91,8
Tardiamente	16	8,2
Total	**196**	**100,0**
Encontrou assistência		
Sim	191	97,4
Não	5	2,6
Total	**196**	**100,0**
Início do tratamento		
Imediatamente	185	94,4
Tardiamente	11	5,6
Total	**196**	**100,0**
Tempo de tratamento		
Menos de 6 meses	50	25,5
6 meses e 1 ano	85	43,4
Mais de 1 ano	61	31,1
Total	**196**	**100,0**
Tipo de tratamento		
Quimioterapia	49	25,0
Radioterapia	34	17,3
Radio e quimioterapia	113	57.7
Total	**196**	**100,0**

Fonte: Dados elaborados para esta pesquisa

Em relação aos antecedentes familiares e ao número de casos da doença na família (Tabela 7), 23% afirmaram tê-los, sendo os parentes em 3º grau os mais mencionados.

Tabela 7 – Antecedente familiar e número de casos da doença na família

Casos na família	Frequência	(%)
Sim	46	23,8
Não	150	76,2
Total	196	100,0
Parentesco[1]		
1º grau[2]	10	17,5
2º grau[3]	14	24,6
3º grau[4]	19	33,3
4º grau[5]	14	24,6
Total	57	100,0

[1]Conforme a Tabela de Graus de Parentesco adotada pelo Tribunal Regional Eleitoral do Estado de São Paulo. [2]Mãe (n=10); [3]Avó (n=9), Irmã (n=5); [4]Tia (n=17), Sobrinha (n=2); [5]Prima (n=14)

Fonte: Dados elaborados para esta pesquisa

A propósito do conteúdo que apresentam as informações contidas nas tabelas, é plausível, para que se possa abordar os fatores de risco preventivos e detectáveis do câncer de mama, que se conheça, pelo menos, em suas características mais gerais, o câncer, doença multicausal e multifatorial, visando responder a algumas questões importantes para o enfrentamento e controle do problema em nosso meio[14].

O câncer de mama está circunscrito em uma problemática ampla, que é o câncer em seu aspecto mais geral. É uma questão densa que suscita a necessidade de um conjunto amplo de políticas e ações nos diversos níveis de atenção à saúde[15] (básica, média complexidade e alta

14 Para fundamentar a discussão desta seção, são utilizados os subsídios técnico-científicos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde (MS), com sede no Rio de Janeiro (RJ). O INCA é a entidade máxima encarregada de planejar, organizar e coordenar as ações de prevenção e controle de câncer no Brasil. Suas ações são coordenadas em conjunto com secretarias e níveis de governo, com vistas a articular uma rede de serviços, pesquisa e ensino em torno da doença. O Instituto é a maior referência na doença no país, na produção de protocolos e consensos, atualização e capacitação de profissionais de saúde, na realização de eventos diversos (cursos, seminários, encontros, campanhas), na disseminação de informação para secretarias estaduais e municipais de saúde através de livros, revistas, cartilhas e folhetos, dentre outras ações intersetoriais. Entre suas produções de divulgação técnico-científica, encontram-se os periódicos *Revista Brasileira de Cancerologia* e a *Revista Rede Câncer*. Essas publicações e outros documentos podem ser acessados no endereço eletrônico: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home> *link:* Publicações.

15 Atenção à saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços

complexidade). Nesse sentido, o conhecimento científico e a efetivação da política de assistência são elementos centrais nesse conjunto, os quais se constituem como ferramentas para o planejamento e ações dentro de parâmetros aceitáveis e compatíveis com o perfil populacional e de fatores de risco, visando reduzir sua incidência, morbidade e mortalidade.

Na perspectiva da prevenção, o Instituto Nacional de Câncer (INCA)[16] informa que prevenir o câncer é possível, corroborando a Organização Mundial da Saúde (OMS), autoridade internacional que considera cerca de 40% das mortes por câncer como evitáveis, o que faz da prevenção um componente essencial de todos os planos de controle

do sistema, não havendo nenhum nível mais importante que o outro, pois a atenção à saúde deve ser integral. Entretanto, nem todos os municípios necessitam ter todos esses níveis instalados em seu território, para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente no caso dos pequenos municípios, isso pode ser feito por meio de pactos regionais que garantam às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia.

16 No Brasil, o INCA é encarregado das ações de controle de câncer e produz as estatísticas de câncer no país, utilizando-se da Vigilância do Câncer e de Fatores de Risco (incidência, morbidade, mortalidade, fatores de risco). Informações sobre a incidência de câncer originam-se principalmente dos Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP. Tais informações são fundamentais para definir o papel de fatores etiológicos e estabelecer prioridades na prevenção, planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde (Câncer no Brasil: Dados dos Registros de Base Populacional, Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil, Câncer na Criança e no Adolescente no Brasil, Registros de Câncer de Base Populacional). Uma das formas de obtenção de informações sobre morbidade por câncer se dá por meio dos Registros Hospitalares de Câncer – RHC.
Essas informações servem como fonte para o planejamento e assistência ao paciente oncológico, que se faz através de acompanhamento de longo curso exigindo múltiplas intervenções hospitalares de alto custo, constituindo-se um dos principais problemas de saúde pública do país. Manual de Rotinas e Procedimentos de RHC, Registros Hospitalares de Câncer, Classificação Internacional do Câncer na Infância. Informações sobre mortalidade contam com a grande vantagem de possuir ampla cobertura e disponibilidade uma vez que as mesmas baseiam-se num documento oficial (declaração de óbito), para o qual existem normas para codificação comuns a todos os países. Estatísticas sobre mortalidade têm sido uma fonte essencial para compreensão do perfil epidemiológico das populações, inclusive no Brasil.
Atlas de Mortalidade por Câncer, Atlas de mortalidade por câncer no Brasil: 1979-1999, Câncer na Criança e no Adolescente no Brasil, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Atualmente, um dos principais desafios dos países em desenvolvimento é definir e implementar estratégias efetivas para prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis (DANT). No Brasil, as doenças cardiovasculares, o câncer, as causas externas e o diabetes representam mais da metade do total de causa de óbitos. Ações de prevenção primária e detecção precoce de doenças são capazes de reduzir a mortalidade, melhorar o prognóstico e qualidade de vida dos doentes. O planejamento e implementação de políticas de saúde nesta área requerem a estruturação de sistemas de vigilância de fatores de risco (Inquérito Domiciliar, Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Vigescola: Vigilância de Tabagismo em Escolares). Fonte: Instituto Nacional de Câncer.

do câncer, em seus diversos tipos, considerando as suas especificidades. Considerando-se que o câncer é uma doença cujo processo tem início com um dano a um gene ou a um grupo de genes de uma célula e progride quando os mecanismos do sistema imunológico de reparação ou destruição celular falham, é preciso saber quais os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento do câncer (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, conhecer sua etiologia, desenvolvimento e fatores de risco possibilitam melhor delineamento de formas de prevenção, e, de preferência, sua identificação ainda cedo, em seu estágio inicial.

A prevenção do câncer refere-se a um conjunto de medidas para reduzir ou evitar a exposição a fatores que aumentam a possibilidade de um indivíduo desenvolver a doença, os quais são denominados fatores de risco. Estes podem ser encontrados no ambiente físico, ser herdados, ou representar comportamentos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural. A prevenção com ênfase nos fatores associados ao modo de vida, em todas as idades, e com intervenções de combate a agentes ambientais e ocupacionais cancerígenos pode trazer bons resultados na redução do câncer. Atualmente, a definição de risco para a saúde vem sendo ampliada e engloba várias condições que podem ameaçar os níveis de saúde de uma população ou mesmo sua qualidade de vida, daí a importância da adoção de estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2011a).

O risco de câncer, em uma determinada população, depende das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que a rodeiam, bem como das características biológicas dos indivíduos que a compõem. Essa compreensão é essencial na definição de investimentos em pesquisas de avaliação de risco e em ações efetivas de prevenção.

Mesmo que já se tenha avançado na compreensão do mecanismo causal dos diversos tipos de câncer, esse conhecimento ainda não é completo, dada a sua complexidade. Mas na prática, do ponto de vista da saúde pública, a identificação de apenas um componente pode ser suficiente para grandes avanços na prevenção, a partir da escolha de medidas preventivas. Em algumas ocasiões, por precaução, poder-se-ia tomar atitudes em favor da proteção da saúde da população até

mesmo antes que qualquer componente do mecanismo causal seja descoberto (BRASIL, 2011a).

Em contrapartida aos fatores de risco, há fatores que dão ao organismo a capacidade de se proteger contra determinada doença, daí serem chamados fatores de proteção, a exemplo do consumo de frutas, legumes e verduras. Nesse sentido, o estudo dos fatores de risco e de proteção, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer relações de causa-efeito com determinados tipos de câncer. Entretanto, três aspectos devem ser enfatizados:

- observar que nem sempre a relação entre a exposição a um ou mais fatores de risco e o desenvolvimento de uma doença é reconhecida facilmente, especialmente quando se presume que a relação se vincule a comportamentos sociais comuns, como a alimentação, por exemplo;
- nas doenças crônicas como o câncer, as primeiras manifestações podem surgir após muitos anos de uma única exposição aos fatores de risco como a radiações ionizantes, ou exposições contínuas como a radiação solar ou o tabagismo. Por isso, é importante considerar o conceito de período de latência, isto é, o tempo decorrido entre a exposição ao fator de risco e o surgimento da doença;
- as causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas, sendo as causas internas responsáveis por 10-20% e as causas externas por 80-90% dos casos de câncer (BRASIL, 2011a).

O INCA explica que as causas externas, como substâncias químicas, irradiação, vírus e fatores comportamentais, estão relacionadas ao meio ambiente, ou seja, constituem os fatores de risco ambientais. De todos os casos de câncer, 80% a 90% estão associados a fatores ambientais. Alguns desses fatores são bem conhecidos, a exemplo do cigarro, das bebidas alcoólicas, exposição ao sol, da irradiação e de alguns vírus.

Enquanto o cigarro pode causar câncer de pulmão, sendo atribuído a ele cerca de 90% dos cânceres de pulmão e muitos outros

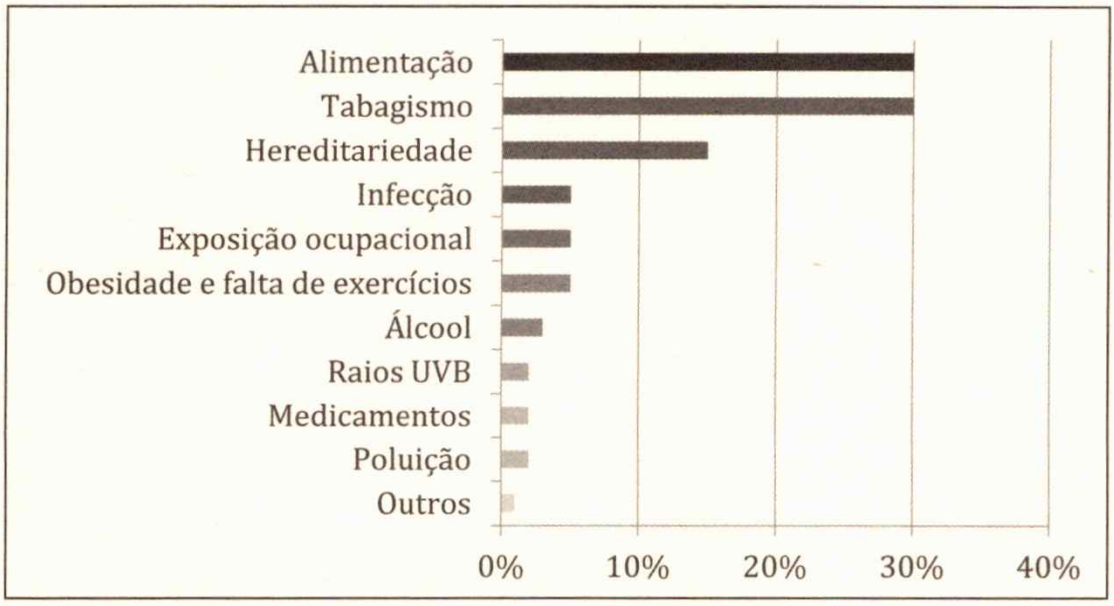
tipos de câncer, o uso de bebidas alcoólicas pode causar câncer de boca, orofaringe e laringe, esôfago e fígado, principalmente em associação com o fumo. A exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele e alguns vírus também podem causar câncer, a exemplo da leucemia, câncer do colo do útero e câncer de fígado. A irradiação também pode causar câncer: a incidência e a mortalidade por câncer nos habitantes das cidades de Hiroshima e Nagasaki, no Japão, após a explosão da bomba atômica, no fim da Segunda Guerra Mundial, em agosto de 1945, permanecem muito altas. Afora esses, existem outros fatores causais de câncer que ainda estão sendo estudados. Alguns componentes dos alimentos que ingerimos são motivo de diversos estudos que vêm sendo realizados, mas existem outros fatores causais que são ainda completamente desconhecidos (BRASIL, 2011a), e que significam um grande desafio para a ciência e para a saúde pública.

Outro componente a considerar, de acordo com o INCA, é o envelhecimento natural do ser humano, que traz mudanças nas células, as quais aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica, em parte, o porquê de o câncer ser mais frequente nessa fase da vida. Ou seja, viver mais por mais tempo significa mais ganhos, mas também mais riscos ao desenvolvimento da doença.

As causas internas, como os hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas são, na maioria das vezes, geneticamente predeterminadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Apesar de o fator genético exercer um importante papel na formação dos tumores (oncogênese), são raros os casos de câncer que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos. Alguns tipos de câncer, como os de mama, estômago e intestino, parecem ter um forte componente familiar, embora não se possa afastar a hipótese de exposição dos membros da família a uma causa comum. Existem ainda alguns fatores genéticos que tornam determinadas pessoas mais susceptíveis à ação dos agentes cancerígenos ambientais.

Isso parece explicar por que algumas delas desenvolvem câncer e outras não, quando expostas a um mesmo carcinógeno. As causas externas e internas podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais. O surgimento do câncer depende da intensidade e da duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer (BRASIL, 2011a).

Gráfico 1 – Fatores de risco para o câncer



Fonte: Adaptado de figura do Instituto Nacional de Câncer

Porém, quando se trata de prevenção, é possível abordar a possibilidade de modificação do risco de uma pessoa desenvolver câncer, pois a exposição a alguns fatores de risco, sobretudo aqueles de maior impacto, pode ser modificada. As modificações dependem de mudanças nos modos de vida individual, do desenvolvimento de ações e regulamentações governamentais, de mudanças culturais na sociedade e dos resultados de novas pesquisas.

De acordo com o INCA, os fatores de risco para o câncer podem ser classificados segundo a possibilidade de mudança em fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Algumas dessas mudanças dependem somente do indivíduo, enquanto outras requerem alterações em nível populacional e comunitário. Entre os fatores de

risco modificáveis estão o uso do tabaco, alimentação inadequada, inatividade física, obesidade, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, agentes infecciosos, radiação ultravioleta/ionizante, exposições ocupacionais, poluição ambiental, nível socioeconômico e comportamento sexual.Esses aspectos são fundamentais para saber o impacto da adoção de mudanças e os benefícios que trazem quando se sabe o que muitos hábitos causam.

O uso do tabaco é a principal causa dos cânceres de pulmão, laringe, cavidade oral e esôfago e tem um importante papel nos cânceres de bexiga, leucemia mieloide, pâncreas, colo do útero e outros. Uma alimentação rica em gordura saturada e pobre em frutas, legumes e verduras aumenta o risco dos cânceres de mama, cólon, próstata e esôfago e uma alimentação rica em alimentos de alta densidade energética aumenta o risco de ganho de peso e de desenvolvimento da obesidade, que é um fator de risco para diversos tipos de câncer. Os alimentos de alta densidade energética concentram muitas calorias em um pequeno volume. Em termos práticos, são alimentos que contêm mais de duas calorias por grama. A respeito disso, recomenda-se que as pessoas fiquem atentas quando forem ao supermercado, e observem o rótulo de um biscoito qualquer, divida o número de calorias da porção pelo total de gramas da porção, que aparece listada no rótulo nutricional, e descubra se ele é um alimento de alta densidade energética. Significa dizer que o consumo de frutas, legumes e verduras diminui o risco de cânceres de pulmão, pâncreas, cólon e reto, próstata, esôfago, boca, faringe e laringe. Por outro lado, a contaminação de alimentos pode ocorrer naturalmente, como no caso das aflatoxinas[17], que ocasionam o câncer de fígado (BRASIL, 2011a).

17 A aflatoxicose é uma intoxicação resultante da ingestão da aflatoxina em alimentos e rações contaminadas. As aflatoxinas são um grupo de compostos tóxicos produzidos por certas cepas dos fungos *Aspergillusflavus* e *A. parasiticus*. Em condições favoráveis de temperatura e umidade, esses fungos crescem em certas rações e alimentos, resultando na produção das aflatoxinas. As contaminações ocorrem com maior intensidade em nozes, amendoins e outras sementes oleosas, incluído o milho e sementes de algodão (SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. Manual das doenças transmitidas por alimentos. Aflatoxinas e outras micotoxinas. São Paulo, 2003).

Outro aspecto importante é a atividade física regular, prática responsável pela diminuição do risco de câncer de cólon e reto, de mama (na pós-menopausa) e de endométrio. Essa prática reduz também o risco de desenvolver obesidade, que é um fator de risco para diversos tipos de câncer, como do endométrio, rim, vesícula biliar e mama. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode causar cânceres de boca, faringe, laringe, esôfago, fígado, mama, cólon e reto. O risco de desenvolver câncer de cavidade oral é aumentado quando há associação ao fumo.

Em relação aos agentes infecciosos, eles respondem por 18% dos cânceres no mundo. O Papilomavírus Humano (HPV)[18], o vírus da hepatite B e a bactéria *Helicobacter Pylori*[19]respondem pela maioria dos cânceres associados a infecções. Quanto à luz solar, representa a maior fonte de raios ultravioleta, causadores do câncer de pele. No tocante às radiações ionizantes, a mais importante provém dos raios X, mas ela também pode ocorrer na natureza em pequenas quantidades (BRASIL, 2011a).

Algumas substâncias encontradas no ambiente de trabalho, como asbesto, arsênio, benzeno, sílica, radiação, agrotóxico, poeira de madeira e de couro e fumaça do tabaco são carcinogênicas, que expõem os trabalhadores aos fatores de risco ocupacionais. O câncer ocupacional mais comum é o de pulmão, devido ao tabagismo passivo. A poluição ambiental também contribui para o surgimento de alguns casos, sobretudo da água, do ar e do solo, e responde por 1% a 4% dos cânceres em países desenvolvidos. A poluição tabagística ambiental é a principal poluição em ambientes fechados, segundo a OMS, sendo classificada como tabagismo passivo (BRASIL, 2011a).

O nível socioeconômico é associado a vários tipos de cânceres, e provavelmente se refere ao seu papel como marcador do modo de vida e de exposição das pessoas a outros fatores de risco do câncer.

18 Os Papilomavírus Humanos integram a família Papillomaviridae, infectam células epiteliais e têm a capacidade de causar lesões na pele ou mucosas. Causam diversos tipos de lesões como a verruga comum e a verruga genital ou condiloma, popularmente conhecida como "crista de galo". Têm crescimento limitado e com frequência regridem espontaneamente. Mas se não tratados, podem evoluir para um câncer do colo do útero. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Papilomavírus Humano (HPV): Diagnóstico e Tratamento. 2002. (Projeto Diretrizes)

19 O *Helicobacter Pylori* é agente causal ou associado à úlcera péptica, dispepsia funcional e câncer gástrico. (Lenita Wannmacher. Uso racional de medicamentos – Temas selecionados. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), v. 4, n. 9, 2007).

O comportamento sexual também exerce um papel importante, sendo seus fatores de risco o início precoce das relações sexuais, ter parceiro sexual que se relacione com múltiplas parceiras e ter múltiplos parceiros sexuais são fatores relacionados ao desenvolvimento de infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), que é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2011a).

Quanto aos fatores de risco não modificáveis, o INCA conclui que não dependem do comportamento, hábitos e práticas individuais ou coletivas, e são também conhecidos como fatores de risco intrínsecos: idade, gênero, etnia/raça e herança genética ou hereditariedade. Entretanto, são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares ou étnicos, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese. Um exemplo são os indivíduos com retinoblastoma, um tipo de tumor ocular que, em 10% dos casos, apresentam história familiar desse tumor. Determinados grupos étnicos parecem estar protegidos de certos tipos de câncer: a leucemia linfocítica é rara em orientais, o Sarcoma de Ewing, que é uma forma de tumor ósseo, é muito raro em negros (BRASIL, 2011a).

A idade é um fator preponderante, já que o risco da maioria dos cânceres aumenta com ela, motivo pelo qual eles ocorrem mais frequentemente no grupo de pessoas com idade avançada. Quanto à etnia ou raça, os riscos de câncer variam entre grupos humanos de diferentes raças ou etnias. Algumas dessas diferenças podem refletir características genéticas específicas, enquanto outras podem estar relacionadas a estilos de vida e exposições ambientais. Os genes de cânceres hereditários respondem por 4% de todos os cânceres, e alguns genes afetam a susceptibilidade aos fatores de risco para o câncer. Quanto ao gênero, sabe-se que certos cânceres com ocorrência em apenas um sexo são devido a diferenças anatômicas, como próstata e colo do útero. Outros ocorrem em ambos os sexos, mas com taxas marcadamente diferentes entre um sexo e outro, como o câncer da bexiga, que é muito mais frequente no homem do que na mulher, e o da mama, mais frequente na mulher do que no homem (BRASIL, 2011a).

No geral, o INCA ressalta que a prevenção do câncer depende de medidas para reduzir ou evitar a exposição aos seus fatores de risco. Esse é o nível mais abrangente das ações de controle das doenças. Algumas recomendações podem ajudar a evitar ou reduzir a exposição. De um modo geral, eliminar ou reduzir a exposição aos fatores de risco modificáveis é uma medida de prevenção adequada para vários tipos de cânceres. Um desses é o câncer ocupacional, que possui o mais alto potencial de prevenção, uma vez que se conhece o local e o momento exato da exposição, o que permite interromper a exposição mediante a substituição do produto cancerígeno ou da tecnologia empregada.

Para o INCA, outra estratégia fundamental, a qual também se corrobora, é a participação efetiva dos profissionais de saúde nos programas de educação comunitária para adoção de hábitos saudáveis de vida, como parar de fumar, ter uma alimentação rica em fibras e frutas e pobre em gordura animal, limitar a ingestão de bebidas alcoólicas, praticar atividade física regularmente e controlar o peso. Por outro lado, a participação de membros da comunidade em atividades educativas pode ser uma das estratégias para a informação e divulgação das medidas de controle do câncer. Para isso acontecer, os profissionais de saúde devem instruí-los, orientando-os, em primeiro lugar, quanto às possíveis medidas alimentares e comportamentais que valem a pena serem estimuladas: evitar obesidade e sobrepeso, sedentarismo, fumo, alimentos de alta concentração calórica e ingestão alcoólica em excesso.

Embora alguns fatores possam contribuir para o aparecimento de um tipo de câncer, deve-se observar que a multicausalidade é frequente na formação do câncer. Na verdade, a interação entre os fatores de risco e os de proteção a que as pessoas estão submetidas pode resultar, ou não, na redução da probabilidade de elas adoecerem. De todo modo, quanto antes o câncer for detectado e tratado, mais efetivo o tratamento tende a ser, maior a possibilidade de cura e melhor será a qualidade de vida do paciente.

O diagnóstico precoce é realizado com o objetivo de descobrir, o mais cedo possível, uma doença através dos sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresenta. A exposição a fatores de risco é umas

das condições a que se deve estar atento na suspeição de um câncer, principalmente quando o paciente convive com tais fatores.

O rastreamento (*screening*) é o exame de pessoas saudáveis, ou seja, aquelas que não apresentam sintomas da doença, com o objetivo de selecionar aquelas com maiores chances de ter uma enfermidade por apresentarem exames alterados ou suspeitos e que, portanto, devem ser encaminhadas para investigação diagnóstica. De acordo com a OMS (1946, *apud* BRASIL, 2011a), o rastreamento pode ser oferecido de três formas diferentes: o rastreamento organizado, oferecido a toda população; rastreamento seletivo, ofertado para um subgrupo já identificado como de maior risco de ter uma doença, e; rastreamento oportunístico, o qual é oferecido, de modo oportuno, ao indivíduo que, por outras razões, procura os serviços de saúde. A finalidade do rastreamento é a redução da morbimortalidade pela doença. Desse modo, é possível implantar ações para detectar a doença precocemente conforme localização do câncer. O câncer de mama é um dos tipos com ações passíveis de prevenção, que são o diagnóstico precoce e o rastreamento (Quadro 1).

Quadro 1 – Ações passíveis de detecção precoce segundo a localização do câncer

Localização do câncer	Tipos de ações passíveis de detecção precoce	
	Diagnóstico precoce	Rastreamento
Mama	Sim	Sim
Colo do útero	Sim	Sim
Cólon e reto	Sim	Sim
Cavidade oral	Sim	Sim
Pulmão	Não	Não
Próstata	Sim	Não
Estômago	Sim	Não
Pele (melanoma e não-melanoma)	Sim	Não

Fonte: WHO. Cancer control: knowledge into action
WHO guide for effective programmes, 2007, *apud* Brasil (2011a)

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde recomenda o rastreamento populacional para os cânceres de mama

e colo do útero. Entretanto, não existem recomendações para detecção precoce de todos os tipos de câncer. O INCA ressalta que as recomendações e orientações apresentadas não reproduzem, necessariamente, programas governamentais de detecção precoce, mas, uma vez que se baseiam nas melhores evidências científicas disponíveis na atualidade, servem como sugestões que podem ser incorporadas às ações dirigidas ao controle do câncer.

No Quadro 2, são apresentadas as recomendações e orientações para detectar precocemente o câncer de mama.

Quadro 2 – Recomendações e orientações para detecção precoce do câncer de mama

Algumas queixas, alterações que podem ser notadas pelos pacientes ou identificadas pelo profissional de saúde	Recomendações/orientações gerais
- Sintomas como: dor, calor, edema, rubor ou descamação da mama. - Alteração na forma ou no tamanho da mama. - Alteração na auréola ou no mamilo. Presença de nódulo ou espessamento na mama, próximo a ela, ou na axila. - Sensibilidade ou saída de secreção pelo mamilo, inversão do mamilo para dentro da mama. - Enrugamento ou endurecimento da pele da mama (a pele apresenta um aspecto de casca de laranja).	- Rastreamento por meio de exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Esse procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independentemente da faixa etária da mulher. - Na faixa de 50 a 69 anos, além do exame clínico de mama anual, a mulher deve fazer uma mamografia a cada dois anos. - Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. - Garantia de acesso a diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres que apresentem alterações nos exames realizados.

Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2011

Entretanto, é preciso que haja um profissional eficiente, bom treinamento e serviços aptos para uma prática eficiente no tocante ao câncer de mama. Isso porque o câncer de mama é um grupo heterogêneo de doenças com comportamentos distintos. A heterogeneidade

desse câncer pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas. O espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos (BRASIL, 2011a).

O sintoma mais comum de câncer de mama é o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Outros sinais de câncer de mama são edema cutâneo semelhante à casca de laranja; retração cutânea; dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo; e secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea. A secreção associada ao câncer geralmente é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada devido à presença de glóbulos vermelhos. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (BRASIL, 2011b).

Na medida em que as ações de rastreamento do câncer de mama forem expandidas na população-alvo, espera-se que a apresentação da doença seja cada vez mais por imagem e menos por sintoma, ampliando-se as possibilidades de intervenção conservadora e prognóstico favorável. Destaca-se, no entanto, que mesmo nos países com rastreamento bem organizado e boa cobertura, aproximadamente metade dos casos são detectados em fase sintomática, o que aponta a necessidade de valorização do diagnóstico precoce (BRASIL, 2011b).

Conhecimento das mulheres acerca de seus direitos

No Brasil, as exigências de um sistema de saúde equânime têm suscitado a necessidade de melhor conhecer a assistência prestada pelos diversos serviços que compõem a rede pública de saúde, dentre eles, os de câncer. Para tanto, crê-se oportuno conhecê-lo na perspectiva dos agentes diretamente receptores dessa assistência, pois são eles

que buscam atendimento nessa rede em suas diversas necessidades de saúde e de tratamento de doença.

Um dos itens importantes da assistência diz respeito ao conhecimento dos direitos dos usuários do sistema, garantidos constitucionalmente. Entretanto, é preciso saber até que ponto os usuários conhecem o sistema e seus direitos garantidos em lei, bem como até que ponto são orientados pelos serviços de saúde acerca desses direitos. Essa é uma das questões que se busca responder através do questionamento às mulheres, cujas respostas encontram-se expostas na Tabela 8. Através dela, pode-se observar que apenas 30% das mulheres mencionaram conhecer os seus direitos, sendo os mais citados o auxílio-doença (13%), o medicamento (13%) e o tratamento (12%), que se apresentam como a tríade mais importante para o enfrentamento da doença, e em torno dos quais a assistência às mulheres, no âmbito da assistência oncológica, mais se foca.

Tabela 8 – Conhecimento das mulheres acerca de seus direitos

Conhecimento dos direitos	**Frequência**	**(%)**
Sim	59	30
Não	137	70
Total	**196**	**100**
Direitos		
Aposentadoria	10	15,0
Auxílio-doença	13	19,0
FGTS	5	7,5
Financiamento de automóvel	7	10,5
Medicamento	13	19,5
Prótese	7	10,5
Tratamento	12	18,0
Total	**67**	**100**

*As mulheres podiam mencionar mais de um direito

Fonte: Dados elaborados para esta pesquisa

A princípio, as mulheres, enquanto portadoras de câncer, têm direitos sociais (BRASIL, 2008) e de usuárias do SUS garantidos legalmente (BRASIL, 2001). Veremos, a seguir, quais são estes:

Direitos Sociais

1. **Direito ao Saque do FGTS** – quando a mulher, na fase sintomática da doença, sendo trabalhadora cadastrada no FGTS, tiver neoplasia maligna (câncer) ou dependente portador de câncer poderá fazer o saque.
2. **Direito ao Saque do PIS/PASEP** – quando o(a) trabalhador(a) cadastrado(a), antes de 1988, no PIS/PASEP, na fase sintomática da doença, tiver neoplasia maligna (câncer) ou dependente portador de câncer poderá retirar o PIS na Caixa Econômica Federal e o PASEP no Banco do Brasil.
3. **Direito ao Auxílio-Doença** – trata-se de um benefício mensal a que se tem direito, se for segurado(a) e ficar temporariamente incapacitado(a)para o trabalho em virtude de doença por mais de 15 dias consecutivos. O(a) portador(a) de câncer terá direito ao benefício, independentemente do pagamento de 12 contribuições, desde que esteja na qualidade de segurado. A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada por meio de exame realizado pela perícia médica do INSS.
4. **Direito à Aposentadoria por Invalidez** – sua concessão ocorre quando a incapacidade para o trabalho é considerada definitiva pela perícia médica do INSS. Tem direito ao benefício o(a) segurado(a) que não esteja em processo de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência (independentemente de estar recebendo ou não o auxílio-doença). O portador de câncer terá direito ao benefício, independentemente do pagamento de 12 contribuições, desde que esteja na qualidade de segurado. Terá direito a acréscimo de 25% o segurado do INSS que necessitar de assistência permanente de outra pessoa.
5. **Direito ao Amparo Assistencial ao Idoso e ao Deficiente** – garantido pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), constitui-se de um salário mínimo mensal ao idoso com 65 anos ou mais, que não exerça atividade remunerada, e ao portador de deficiência incapacitado para o trabalho e para uma

vida independente. Crianças de zero a 10 anos e adolescentes entre 12 e 18 anos têm os mesmos direitos. Para ter direito ao benefício, outro critério fundamental é de que a renda familiar seja inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo. Esse cálculo considera o número de pessoas que vivem no mesmo domicílio: o cônjuge, o(a) companheiro(a), os pais, os filhos e irmãos não emancipados de qualquer condição, menores de idade e inválidos. O critério de renda caracteriza a impossibilidade do paciente e de sua família de garantir seu sustento. O paciente de câncer tem direito ao amparo assistencial, desde que se enquadre nos critérios de idade, renda ou deficiência, descritos acima. Nos casos em que o paciente sofra de doença em estágio avançado, ou sofra consequências de sequelas irreversíveis do tratamento oncológico, pode-se também recorrer ao benefício, desde que haja uma implicação do seu estado de saúde na capacidade para o trabalho e nos atos da vida independente. O requerente também não pode estar vinculado a nenhum regime de previdência social ou receber quaisquer benefícios. Mesmo quando internados, tanto o idoso como o deficiente têm direito ao benefício. O amparo assistencial é intransferível, não gerando direito à pensão a herdeiros ou sucessores. O beneficiário não recebe 13º salário.

6. **Direito ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD)** – no Sistema Único de Saúde (SUS),a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, dispõe sobre a rotina de tratamento Fora de Domicílio. Essa normatização tem por objetivo garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda, em casos especiais, de um estado para outro estado. O TFD pode envolver a garantia de transporte para tratamento e hospedagem, quando indicado. O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública e referenciada. Nos casos em que houver indicação médica, será autorizado o pagamento de despesas para acompanhante.

7. **Direito à Isenção do Imposto de Renda na Aposentadoria** – esse direito refere-se aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão, inclusive às complementações. Mesmo os rendimentos de aposentadoria ou pensão recebidos acumuladamente não sofrem tributação, ficando isento quem recebeu os referidos rendimentos.
8. **Direito à Quitação do Financiamento da Casa Própria** – direcionado para a pessoa com invalidez total e permanente, causada por acidente ou doença, esse direito permite a quitação do financiamento da casa própria, caso haja esta cláusula no seu contrato. Para isso, a pessoa deve estar inapta para o trabalho e a doença determinante da incapacidade deve ter sido adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel. Quanto ao valor que pode ser quitado, está incluído nas parcelas do imóvel financiado pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH) um seguro que garante a quitação do imóvel em caso de invalidez ou morte. Em caso de invalidez, este seguro cobre o valor correspondente à cota de participação do paciente no financiamento. A entidade financeira que efetuou o financiamento do imóvel deve encaminhar os documentos necessários à seguradora responsável.
9. **Direito à Isenção de IPI na compra de veículos adaptados** – esse direito é válido apenas quando a pessoa com câncer apresenta deficiência física nos membros superiores ou inferiores que a impeça de dirigir veículos comuns. É necessário que o solicitante apresente exames e laudo médico que descrevam e comprovem a deficiência. Automóveis de passageiros ou veículos de uso misto de fabricação nacional, movidos a combustível de origem renovável podem ser adquiridos com isenção de IPI. O veículo precisa apresentar características especiais, originais ou resultantes de adaptação, que permitam a sua adequada utilização por portadores de deficiência física. Entre essas características, o câmbio automático ou hidramático (acionado por sistema hidráulico) e a direção hidráulica.

A adaptação do veículo poderá ser efetuada na própria montadora ou em oficina especializada. O IPI incidirá normalmente sobre quaisquer acessórios opcionais que não constituam equipamentos originais do veículo adquirido. O benefício somente poderá ser utilizado uma vez. Mas se o veículo tiver sido adquirido há mais de três anos, o benefício poderá ser utilizado uma segunda vez.

10. **Direito à Isenção de Imposto de Circulação de Mercadorias e sobre Prestação de Serviços (ICMS) na compra de veículos adaptados** – este imposto é estadual e cada estado possui a sua própria legislação que o regulamenta.
11. **Direito à Isenção de Imposto de Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) para veículos adaptados** – é o imposto estadual referente à propriedade de veículos automotores. Cada estado tem a sua própria legislação sobre o imposto. O portador deve conferir na lei do seu estado se existe a regulamentação para isentar de impostos os veículos especialmente adaptados e adquiridos por deficientes físicos.
12. **Direito à Isenção de Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU)** – alguns municípios que preveem, em sua Lei Orgânica, isenção do IPTU para pessoas portadoras de doença crônica, segundo critérios estabelecidos por cada Prefeitura. O portador deve conferir se tem direito a este benefício na Prefeitura do seu município.

Direitos de usuárias do SUS

1. **Direito à Reconstituição da Mama** – esse direito é garantido pela Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do SUS, nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Têm esse direito as mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama, decorrente de utilização da técnica de tratamento de câncer,

cabendo ao SUS, por meio de sua rede de unidades públicas ou conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias para tal. Essa obrigatoriedade é estendida aos Planos de Saúde, conforme a Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001, que alterou a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Pelo texto do Artigo 10-A dessa Lei, as operadoras ficam obrigadas, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.

2. **Direito à Mamografia** – a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, incorpora as ações asseguradas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, relativas à prevenção, detecção, tratamento e controle do câncer de mama, bem como do de colo uterino são asseguradas, em todo o território nacional. Essas ações devem ocorrer por meio do Sistema Único de Saúde, através dos seus serviços, próprios, conveniados ou contratados. O SUS deve assegurar a assistência integral à saúde da mulher, incluindo amplo trabalho informativo e educativo sobre a prevenção, a detecção, o tratamento e controle da doença, ou seguimento pós-tratamento, e realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade. Deve também assegurar o encaminhamento a serviços de maior complexidade às mulheres cujos exames mamográficos ou cuja observação clínica indicarem a necessidade de complementação diagnóstica, tratamento e seguimento pós-tratamento que não puderem ser realizados na unidade que prestou o atendimento. Os subsequentes exames mamográficos, segundo a periodicidade que o órgão federal responsável pela efetivação das ações dessa Lei instituir, também devem ser assegurados pelo SUS. Considerando a importância do exame e a necessidade de efetivá-lo em todo o território nacional, o governo federal, através da Lei nº 11.695, de 12 de junho de 2008, instituiu o dia 5 de fevereiro com o *Dia da Mamografia*.

Esses direitos assegurados em forma de lei e de benefícios visam atender necessidades imperiosas e são de enorme valor social, uma vez que priorizam a atenção à denominada assistência integral à pessoa doente. É parte dos pressupostos do SUS, entre os quais o princípio filosófico da integralidade se constitui como o eixo norteador das políticas e das ações, também para a assistência social, diretamente vinculada à saúde. Por outro lado, a consecução dos objetivos da política assistencial junto ao público que almeja alcançar e as necessidades que visam suprir, dependem da forma como cada ator desse processo se coloca para reconhecer e fazer valer os direitos das mulheres. Implica que o sistema e suas leis carecem de pessoas que reconheçam e façam reconhecer os direitos das mulheres como valores inerentes à pessoa humana, constituída de direitos e necessitada de representantes que os façam realidade no cotidiano de suas vidas, especialmente em um momento de sua história em que a vulnerabilidade social, econômica e de saúde aumentam cada vez mais.

Na perspectiva dessa questão, buscou-se com o estudo conhecer como esses pressupostos estavam vinculados ao universo da assistência às mulheres. Quanto aos direitos e benefícios que lhes são assegurados, 51(26%) afirmaram recebê-los. Desse total, 58,8% o Auxílio-Doença e 23,4% o Bolsa Família (Tabela 9).

Tabela 9 – Direitos e benefícios recebidos pelas mulheres

Recebem	**Frequência**	**(%)**
Sim	51	26,0
Não	145	74,0
Total	**196**	**100,0**
Direito e benefícios		
Auxílio-doença	30	58,9
Bolsa família	12	23,4
Auxílio-doença/Bolsa Família	7	13,7
Auxílio-doença/Bolsa Escola	1	2,0
Auxílio-doença/Auxílio gás	1	2,0
Total	**51**	**100,0**

Fonte: Dados elaborados para essa pesquisa

Esses dados indicam o baixo percentual de mulheres com direitos plenamente conferidos, uma vez que a maioria não os tem, acrescentando-se a isso o fato de que entre as mulheres que mencionaram o recebimento desse auxílio, quatro o tiveram suspenso por motivos variados, não plenamente justificados pela Previdência Social, o que reduz o número de beneficiadas para 26.

A propósito do Auxílio-Doença, constituído como direito social para as pessoas com câncer, deveria ser aquele mais assegurado, uma vez que sua concessão deve ocorrer mediante previsão de necessidades decorrentes da doença, que implica a vida futura do doente. E sendo as mulheres do estudo pessoas de poucas posses, não têm assegurada uma qualidade de vida mínima nesse período, prevendo-se que terão enormes dificuldades para dar seguimento ao tratamento e suprir suas necessidades de existência e corporais. É que, na maioria dos casos, o câncer de mama reduz a mobilidade corporal e social das mulheres, implicando uma série de perdas e dificuldades motoras que reduzem ou inviabilizam a execução de suas atividades em casa ou no trabalho.

Quando concedido, esse auxílio ajudará a mulher a suprir um novo perfil de manutenção da vida, pois ela passa a ter novas obrigações e necessidades em função da doença, como despesas médicas, locomoção e retorno aos hospitais e consultórios, realização de exames e compra de remédios. Some-se a estes os cuidados complementares com a alimentação e com a saúde, os quais imprimem uma nova carga de despesas econômicas em seu cotidiano, sem que muitas delas possam com elas arcar, uma vez que a maioria se enquadra em um baixo perfil social e econômico.

O Bolsa Família, concedido para12 mulheres, é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. Tem como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a conquista da cidadania pela população mais vulnerável à fome (BRASIL, 2011a)[20].

20 De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Bolsa Família atende mais de 12 milhões de famílias em todo território nacional. A depender da renda familiar por pessoa, limitada a R$ 140,00, do número de filhos e da idade deles, o valor do benefício recebido pela família pode variar entre R$ 32,00 a R$ 242,00 e vigoram a partir dos benefícios pagos em abril de 2011 (BRASIL, 2011a) V.tb.(BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c).

Considerações acerca da assistência

A assistência à saúde no âmbito do SUS envolve uma série de atividades profissionais, institucionais, éticas e políticas. Demanda programação, organização, pessoal qualificado e comprometido e uma rede de atenção em diversos níveis, que operam coordenados em prol de um mesmo fim: promover, tratar e recuperar. Para alcançar esse macro fim, a assistência deve estar provida de um amplo conjunto de ações coletivas empreendidas sob a ótica do direito universal, equânime, público e gratuito aos usuários/pacientes da rede própria e conveniada.

Esse sistema requer um conjunto de serviços específicos e propositados com a integração ao longo da rede, com finalidades específicas ao tipo de procedimento que realiza e ao público que o procura, por ocasião de algum problema de saúde que determinada pessoa apresenta. Desde a atenção no nível básico até o de alta complexidade, muitos são os desafios e as exigências para sua operacionalização.

No contexto desses serviços que ofertam assistência de alta complexidade, encontra-se o centro de cancerologia, cenário do estudo, cujas mulheres atendidas integram os sujeitos de pesquisa, enquanto pacientes atendidas por esse sistema. Como mulheres e sujeitos de direito, seu olhar sobre a assistência recebida serve como instrumento valioso para aferição da qualidade do serviço a elas ofertado, e como indicador das ações no âmbito de uma política de saúde de controle do câncer de mama, tão cara e necessária para as mesmas.

A assistência

A respeito da assistência oferecida pelos profissionais, campo da nossa pesquisa, apenas 16,3% da população estudada afirmou ter enfrentado dificuldades para recebê-la, sendo a burocracia a mais mencionada (Tabela 10).

Tabela 10 – Dificuldades das mulheres para receber assistência

Dificuldade	**Frequência**	**(%)**
Sim	32	16,3
Não	164	83,7
Total	**196**	**100,0**
Tipo de dificuldade		
Acesso à cirurgia	10	17
Acesso a exames	8	13,5
Burocracia	15	25,4
Transporte	5	8,5
Outra	3	5,0
Total	**59***	**100**

*As mulheres podiam mencionar mais de uma dificuldade.

Fonte: Dados elaborados para essa pesquisa

Solicitadas a sugerir melhorias para a assistência, apenas 24% das mulheres manifestaram-se, tendo sido a redução da burocracia o elemento mais frequentemente mencionado (42%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Sugestões das mulheres para a melhoria da assistência

Sugestão	**Frequência**	**(%)**
Sim	47	24
Não	149	76
Total	**196**	**100**
Tipo de sugestão		
Facilitar a cirurgia	9	15,8
Mais exames	8	14,0
Mais profissionais	5	8,8
Redução do tempo de espera	9	15,8
Redução da burocracia	24	42,1
Outras	2	3,5
Total	**57**	**100**

*As mulheres podiam mencionar mais de uma sugestão.

Fonte: Dados elaborados para esta pesquisa

Indagadas sobre a assistência recebida, 63,3% das mulheres mostraram-se satisfeitas e 32,7% muito satisfeitas, percentuais que alcançam 96% (Tabela 12). Entretanto, à primeira vista, essa poderá tornar-se uma falsa avaliação. Aqueles que acompanham a jornada das mulheres e dos

profissionais sabem que esse resultado é possível – embora não suficiente. Possível porque a assistência *possível* foi conferida dentro dos parâmetros realizáveis nas condições de que dispunham no momento da assistência.

Não totalmente suficiente porque uma etapa anterior pode não ter sido bem sucedida, a propósito disso exemplifica-se a burocracia, item/espectro mais mencionado entre aquelas poucas mulheres que se pronunciaram acerca das dificuldades e das melhorias necessárias. Essas dimensões, embora mencionadas, se enquadram em outro domínio, cuja resolução depende da fluidez e dinâmica do sistema e não entram no mérito da questão, porque não dependiam dos profissionais, mas de uma outra rede, imediatamente anterior. Essa é outra problemática, arrolada em outra dimensão do sistema, sobre a qual os profissionais não têm domínio, embora dela participem no outro lado dessa rede.

Tabela 12 – Satisfação das mulheres com a assistência recebida

Satisfação	Frequência	(%)
Muito satisfeita	64	32,7
Satisfeita	124	63,3
Indiferente	-	-
Insatisfeita	-	-
Muito insatisfeita	8	4,0
Total	**196**	**100**

Fonte: Dados elaborados para esta pesquisa

De tudo que foi levantado acerca da assistência, sucede que a proximidade com os profissionais, o convívio prolongado entre as terapias – radioterapia e quimioterapia, a manutenção de vínculo, o reconhecimento da mulher como pessoa e o fato de ser "chamada pelo nome", assim como a comunidade em comum, foram os principais elementos concorrentes para essa avaliação positiva do centro de cancerologia.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DA PESQUISA COM A POPULAÇÃO ESTUDADA

Neste capítulo, a assistência é objeto central para a compreensão do universo desse sistema. Para tanto, consideram-se duas dimensões como fundamentais para esse propósito:

- a assistência recebida no centro de cancerologia, enquanto parte integrante de uma unidade hospitalar – microespaço de uma micropolítica no âmbito de uma macropolítica;
- a assistência no centro de cancerologia como parte de uma rede de serviços demandada no interior do sistema local de saúde – a macropolítica, enquanto dimensão implicada nos primeiros passos da assistência que as mulheres buscam.

Em um primeiro momento de análise busca-se refletir acerca dos atos em saúde dos profissionais envolvidos na assistência, considerados como elo de uma cadeia e seus modos de fazer sob a forma de atos de saúde, constituídos na dimensão de uma integralidade do fazer do campo da saúde, que lhes é inerente e necessário – um ato ideal e político. Em um segundo momento, busca-se elencar algumas dimensões da assistência a partir da percepção de que o centro de cancerologia, sob a avaliação de seus destinatários finais, as pacientes, é uma parcela de uma ampla rede de assistência anterior a sua chegada, envolvendo as suas expectativas, experiências e vivências no interior do mesmo, cujos desdobramentos analíticos são feitos em dois conjuntos temáticos: DIMENSÃO I – ***Aspectos da assistência – o lado de cá do sistema***; e DIMENSÃO II – ***Aspectos da assistência – o lado de lá do sistema.***

1 DIMENSÃO I – Aspectos da assistência – o lado de cá do sistema

A assistência recebida no centro de cancerologia, enquanto parte integrante de uma unidade hospitalar – microespaço de uma micropolítica no âmbito de uma macropolítica

Como item fundamental para aferir a qualidade dos serviços de saúde, o alto nível de satisfação das mulheres com a assistência recebida no centro de cancerologia é um fator positivo e concorre para conferir credibilidade e confiança ao trabalho dos profissionais que nele exercem suas atividades, contrariando o panorama de avaliação de outros serviços de saúde, desqualificados pelos usuários e pela opinião pública.

Essa avaliação corresponde à afirmação de que é possível, a partir de um trabalho orientado às pessoas, produzir um conjunto de atividades com fins coletivos que alcancem o universo de necessidades de assistência no plano de uma micropolítica, ou seja, no interior do hospital. É possível, mesmo com a gama de problemas de ordem macro no sistema de saúde, conferir uma atenção cuidadosa às pessoas, a despeito das condições que o sistema impõe, quando todo o empenho possível de tecnologias exprime o propósito de fazer saúde tendo as pessoas como valores. Realizada de pessoas para outras pessoas, a assistência deve estar centrada na resolução de problemas dos usuários que acorrem aos serviços de saúde na expectativa de serem bem atendidos, acessando os bens disponíveis para o seu tratamento.

Nos processos de produção da saúde e da doença, de acordo com Merhy[21], é vital que se compreenda que os trabalhadores de saúde têm potenciais de intervenção marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador. No seio dessas competências e do cuidado através dos quais se exprimem os atos de saúde, capazes de intervir no mundo denominado de 'problema de saúde', provocam alterações em torno da produção de um resultado, que pode se constituir na satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final (MERHY, 1998, *apud* MERHY, 2002).

No conjunto das intervenções assistenciais, os profissionais mobilizam intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica médica, o saber da enfermagem, do psicólogo e outros, que são tecnologias menos duras do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, permanentemente presentes nas atividades de saúde, denominadas de leve-dura. Leve, pois se constitui um saber adquirido pelas pessoas, inscrito em seu modo de pensar os casos de saúde e na forma pela qual organiza uma

21 Para Merhy, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: 1. Leves (tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho); 2. Leve-duras (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo); e 3. Duras (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.).

atuação sobre eles. É dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. Entretanto, quando se observa com maior atenção há ainda, além dessas duas situações tecnológicas (menos dura e leve-dura), uma terceira, denominada de leve (MERHY, 1998).

Na visão de Merhy, qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente é produzida por meio de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações. É produzido no encontro entre duas "pessoas", que atuam uma sobre a outra, marcado por um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente em momentos de falas, escutas e interpretações. É um encontro em que se acolhe ou não as intenções dessas pessoas em momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1998, p. 5).

Trata-se de um processo de mão dupla – negociável e sem domínio particular – e de interseções proativas, em que não se pode sobrepor um saber sobre outro ou uma demanda sobre outra. Requer a prestação de um cuidado focada na pessoa, como elemento ativo constitutivo de cada profissional/usuário, cujas situações de encontro reforcem o vínculo e responsabilidades mútuas nas quais ambos se reconhecem como parte integrante e integrativa desse mesmo processo. Trata-se ainda de uma interação entre saberes particulares que se encontram no processo de produção da saúde, no proceder entre diferentes tecnologias utilizadas conforme necessidades específicas de cada usuário/paciente, e da complexidade de cada caso de doença que se apresenta. Representa o desafio de integrar as diferentes dimensões do cuidado sem priorizar mais uma do que a outra ou mesmo desprezar quaisquer outras, dado que todas integram a mesma prática dentro de um cenário onde convergem distintas situações e personagens, tão complexos quanto as suas necessidades e desejos, sendo a pessoa o valor mais precioso.

Diante dessa complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, Merhy advoga que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos de tecnologias pode produzir qualidade no

sistema em termos de resultados em maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo (MERHY, 1998).

Essa explicitação corrobora a necessidade de o profissional desenvolver um conjunto de habilidades além do mero fazer técnico e incorporar conceitos integrais de cuidado, sem os quais a saúde perde o seu valor, pois a máquina é só mais uma tecnologia, mas não total ou totalizante, é mais um recurso, e não o único. É uma ferramenta para um modo de fazer, enquanto tantos outros precisam ser feitos de diferentes formas, caracterizando o trabalho em saúde como essencialmente diferente de outros por tratar de perto, em situações de vulnerabilidade, do humano tão diverso e de doenças tão diversas.

Essa forma de pensar contraria, como bem pondera Merhy (1998), a visão já muito comum de que tecnologia é uma máquina moderna, a qual dificulta enormemente a compreensão de que o trabalho em saúde não se restringe ou se refere tão somente ao conjunto das máquinas que são usadas nas intervenções sobre os pacientes. Para ele, no cerne dessas questões, deve-se manter a noção de que todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, campo principal através do qual operam as tecnologias leves como articuladoras das outras configurações tecnológicas. Isso também é válido para aqueles que não são entendidos classicamente como próprios da saúde, como o porteiro de um estabelecimento de saúde. Essa afirmação consiste, em primeiro lugar, na compreensão de que os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo. Em segundo lugar, porque a clínica não é feita tão somente de diagnóstico, prognóstico e cura de problemas de saúde. É também um processo e um espaço partilhado de produção de relações e intervenções, através do qual se exprimem necessidades e modos tecnológicos de agir. Em terceiro, porque não há produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se não houver um trabalho clinicamente implicado.

Essa implicação profissional representa afirmar que cada profissional, dentro de área de atuação/competência, é responsável pelos seus atos em saúde, ou seja, tem responsabilidades distintas em graus variados conforme sua competência e designação na produção dos cuidados à saúde. Assim, o que se confere como necessidade de tal clínica, é que cada trabalhador em saúde seja implicado no cuidado, desde aquele que acolhe o usuário/paciente na entrada e portão principal de um estabelecimento de saúde, até aqueles cujos procedimentos complexos e de grau de especialização se encontram na UTI. Trata-se, portanto, de uma rede organizada e partilhada por responsabilidades e profissionais de diferentes saberes e competências, que perfazem a mesma estrutura e organização, imbuídos dos mesmos valores e propósitos, sem os quais essa clínica perde valor e não se constitui dela mesma.

Desse modo, apesar de todos fazerem clínica, há focos de ações entre os profissionais, próprios de seus modos de trabalhar as distintas conformações das tecnologias em saúde, marcando suas competências em responder aos problemas colocados. Nessa perspectiva, não é suficiente existir um serviço com um excelente acolhimento, se não satisfaz a necessidade de exames necessários para elucidar determinado problema de saúde. Isso responde por que não é suficiente que um médico esteja totalmente comprometido e envolvido com a produção de um espaço acolhedor, nas suas relações e nos serviços, pois não irá contribuir plenamente para a conformação de uma intervenção eficaz se, ao mesmo tempo, não usar toda a sua sabedoria clínica, a serviço do usuário-paciente e em defesa de sua vida. Esse pressuposto é válido para qualquer profissional de saúde no que compete ao seu núcleo central de saber estruturado (MERHY, 1998).

Cabe ressaltar que todo o empreendimento profissional e as diversas tecnologias utilizadas para fornecer assistência devem estar centrados nas necessidades dos usuários/pacientes em seus diversos problemas de saúde e graus de comprometimento ou estágio de doença. Todo o esforço deve ser concentrado em torno da ampliação da capacidade de atender e cuidar bem, concorrendo para uma assistência eficaz e resolutiva. Isso é ainda mais importante e necessário nos casos das doenças crônicas e terminais, cuja complexidade requer ainda mais

cuidados prolongados e paliativos, o que demanda ainda mais tecnologias, além de profissionais competentes e comprometidos com os atos de saúde sob o mesmo prisma ampliado e resolutivo.

A propósito dessa necessidade, deve-se reconhecer que os usuários e pacientes desejam um trabalho clínico centrado neles. Quando procuram um serviço de saúde, estão em busca de ajuda, de socorro, e querem soluções para o seu problema. É que os usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser entendido, e o compromisso de que tudo o que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde (MERHY, 1998, p. 7).

Acerca disso, vale a provocação de Merhy, ao ponderar que, mesmo os trabalhadores de saúde, quando estão do outro lado, ou seja, na condição de usuário, desejam o melhor cuidado para si. Desejam que os serviços de saúde sejam 'usuários-centrados', pois como usuários, sempre representam 'necessidades de saúde' como expressão de uma utilidade desejada, a saúde enquanto autonomia no nosso modo de viver a vida. Por essas considerações, pode-se afirmar que os principais parâmetros para a análise do sentido de um modelo assistencial são aqueles que expressam a maneira como a tecnologia leve opera no interior do sistema de saúde, e inclusive a maneira como ela é "comandante" ou "comandada" das/pelas outras tecnologias, na mediação entre a leve-dura e as duras, com um sentido nitidamente marcado pela busca da resolução do problema e da conquista de autonomias (MERHY, 1998, p. 7-8).

2 DIMENSÃO II – Outros aspectos da assistência – o lado de lá do sistema

A assistência no centro de cancerologia como parte de uma rede de serviços demandada no interior do sistema local de saúde – a macro política, enquanto dimensão implicada nos primeiros passos da assistência que as mulheres buscam.

A propósito do sentido das noções defendidas na etapa anterior, que encaminha reflexões em torno de um trabalho centrado na

pessoa como possibilidade concreta no seio do fazer saúde, afirma-se a carência de um maior número de sujeitos sociais ativos para impulsionar a melhor assistência em saúde em todos os demais níveis da atenção e dos serviços. Esses sujeitos são os trabalhadores da saúde em seu espectro mais geral, cujas divisas institucionais e setores de atividades perfazem um mesmo sistema, que deve ser equânime. Esses trabalhadores, de modo especial, por lidarem com a vida das pessoas, precisam estar incorporados de uma outra práxis, enquanto profissionais e gestores em torno de uma produção social e democrática em saúde como bem público e responsabilidade de cada um.

Nesse ínterim, é preciso reafirmar a necessidade de novos modos de cuidar do humano no âmbito da saúde, conquanto esforços em torno de uma melhor assistência remetem a uma série de desafios. Estes se referem precisamente à suplantação de um modelo tecnoassistencial focado na doença e no próprio sistema, em detrimento da satisfação das necessidades de resolução dos denominados problemas de saúde das pessoas, sobretudo daquelas mais vulnerabilizadas pelas condições sociais e econômicas. Essas pessoas, quando acorrem aos serviços, já esgotaram uma série de possibilidades em outras dimensões de sua vida, como, por exemplo, uma qualidade de vida adequada e satisfatória – trabalho, moradia, alimentação, lazer, educação – para uma existência plena, que poucas usufruem. Elas constituem uma ampla gama de sujeitos de direitos, cuja busca por serviços públicos de saúde é sua principal alternativa e, quase sempre, única escolha, dado faltarem aquelas condições materiais que lhes proporcionem pagar por serviços médico-assistenciais e hospitalares, a cada dia mais inflacionados e operados por uma lógica capitalista.

É uma situação dual, incoerente e inaceitável, mas historicamente viva, apesar das inúmeras tentativas de reversão do modelo (público x privado = massas marginalizadas e fora do interior do sistema). Adensa-se a essa configuração a constituição atual (central/antagônica) daqueles inscritos em uma "nova periferia" ou nas "áreas adjacentes" do sistema, que geram uma nova marginalização: a dos à espera de cotas para acesso ao nível de atenção de alta complexidade, no qual a

oncologia está inserida. De complexidade crescente e de "invisibilidade pública", essa marginalização toma corpo no momento em que se vive a eclosão das doenças crônicas e degenerativas, sendo o câncer a mais emblemática e desafiadora, colocando em xeque as promessas do próprio sistema: acesso universal, equitativo, público e integral, com vistas a promover, tratar e recuperar a saúde e pessoas mediante políticas, ações, programas e serviços adequados a cada perfil populacional e realidades loco-regionais.

No seio dessa "lógica" tecnoassistencial, são constituídos os serviços em oncologia pelo SUS, de uso de uma grande maioria que passou pelo "gargalo" do sistema após ter garimpado vagas para ser assistida, em incontáveis dias e filas. Para caracterizar a realidade paradoxal desse sistema público e dito integral, diversas expressões – quase clichês de tão pronunciadas que são – se tornaram conhecidas em seu interior: "não há vaga", "volte daqui a alguns meses", "a cirurgia terá que esperar", "não temos médico", "acabou a cota" (de exame, de cirurgia, de tratamento, de medicamento – para a gasolina, alimentação, transporte, contratação de pessoal, compras de equipamentos e medicamentos, vestuário, travesseiros, fronhas e lençóis). Em um trecho pode-se organizar todas essas expressões e revelar uma realidade incômoda:

> Não há vagas nem médicos em número suficiente para atender a todos, por isso o(a) senhor(a) terá que esperar a cirurgia – mesmo que seja imediata. Além do mais, as cotas para o procedimento de que precisa foram encerradas e outras ainda não foram pactuadas. Seu atendimento foi suspenso por falta de recursos públicos e atraso no repasse a que este estabelecimento tem direito. Estamos à espera de uma nova liberação. Se a situação normalizar – não se sabe quando (fica por conta do imponderável) – volte e veja se é possível encaixá-lo em uma próxima vaga (Interpretações nossas dos relatos dos corredores e muitas vezes repetidos pelas mulheres).

Diante do exposto, é possível deduzir que aqueles que podem onerar seus gastos familiares e pessoais e investir em uma assistência mais imediata podem acessá-los no âmbito privado local ou mesmo se deslocar a outros centros mais especializados, pois são muitos os profissionais e serviços dessa natureza aptos para uma gama de consumidores da saúde.

Se por um lado, é possível encontrar alguns poucos serviços vinculados ao exercício de um conjunto de ações em saúde focados na produção da saúde como bem público e coletivo, por outro, ainda se convive com problemas recrudescentes de um sistema ineficaz, não alcançando o respaldo da própria população que a ele acorre. Essa constatação é possível também no âmbito das mulheres do estudo. É que a satisfação apontada com a assistência no centro de cancerologia representa aferir parte de um processo que conseguiram concluir depois de uma longa trajetória entre outros diversos serviços do sistema, não diferentemente daquele trecho exemplificado anteriormente. Significa que existiu uma trajetória antes da assistência recebida no centro (microespaço assistencial) e que esse acesso constituiu-se na derrubada de inúmeras barreiras de acesso ao sistema (macroespaço assistencial).

A constatação dessa realidade que circunda a assistência às mulheres decorre das observações da pesquisa de campo. Conhecendo-se a realidade, foi possível melhor compreender parte da assistência que recebem, bem como entender como se configuram suas idas e vindas ao tratamento e ao retorno médico.Garantiu maior aproximação com seus papéis enquanto usuárias/pacientes e cidadãs, bem como foram visualizadas outras questões acerca do período anterior a seu acesso ao centro de cancerologia.

Esse período se refere ao círculo de cuidados que a elas deveria ter sido demandado por ocasião da busca de assistência em outros níveis de atenção. Na etapa inicial, confirmar a existência da doença (diagnóstico) e chances de tratamento e/ou cura (prognóstico) tornou-se uma tarefa das mais difíceis e complexas, cujos aspectos principais são os seguintes:

I. dificuldade de acessar serviços: unidades de saúde, clínicas e hospitais;

II. dificuldade de encontrar pessoal especializado, orientação e acolhimento em todos os serviços;
III. longa espera na agenda dos serviços de saúde para consulta e encaminhamento de exames. (cotas e números *versus* agilização de procedimentos, desarticulação da rede e das ações, falta de integração e de intersetorialização);
IV. longa espera na agenda dos serviços especializados para realização da cirurgia (caos *versus* resolutividade);
V. espera e incerteza quanto ao início do tratamento (prioridades e chances de cura – estágio e possibilidades de regressão da doença *versus* necessidades e sofrimento do doente);
VI. incerteza e preocupação quanto ao encaminhamento de outras necessidades intercorrentes e de orientação quanto aos seus plenos direitos;
VII. baixa adesão e confiança na Atenção Básica – Unidades de Saúde;
VIII. invisibilidade do usuário, fragmentação do sistema, ações pontuais, rotineiras e mecânicas em torno do sujeito doente, da doença – prioridades: a prática e o sistema.

No contexto do levantamento de dados e de análise, pôde-se constatar, em um primeiro momento, que é possível superar dificuldades e, mesmo dentro de um conjunto de ações precárias no âmbito da rede, produzir, diligentemente, uma saúde com foco na pessoa, dentro das condições que o ambiente de trabalho oferece, conforme demonstrado na Dimensão I. Por outro lado, o olhar sobre os problemas elencados e persistentes denuncia a convivência com padrões de assistência desiguais na rede de atenção à saúde que implicam o caráter amplo da assistência às mulheres com câncer de mama.

Esses problemas demonstram a assistência produzida pelo sistema de saúde e sua fragmentação e, possivelmente, seja sua réplica mais geral. Entretanto, do ponto de vista da usuária/paciente, a qualidade da assistência não pode se restringir a um dos componentes da rede de serviços percebida como "boa/excelente" em um dado ponto de um

longo processo, visto que requer um conjunto resolutivo em toda a sua extensão. Desse modo, implicar toda a rede e melhorá-la para a assistência ampla e qualificada seria o ideal para a produção da saúde para as pessoas que dela dependem, a exemplo das mulheres com câncer de mama atendidas no centro de cancerologia, espaço esse que representa um ponto de uma rede extensa de serviços, que deveria ser mais resolutiva. Embora o centro seja comprometido com as mulheres, que o reconhecem como satisfatório, as condições poderiam ser ainda mais propícias se todo o sistema trabalhasse conjuntamente.

Nessa perspectiva, como bem chama a atenção Merhy (2002), vendo o sistema pelo ângulo do usuário, pode-se dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não é adequado para resolver os seus problemas de saúde, no plano individual e coletivo. Afirma ainda esse autor que, para comprovar tal afirmação, basta reparar nas reportagens da mídia: a saúde como uma das questões mais fundamentais para a vida dos brasileiros e a área de prestação de serviços, uma das mais precárias, onde o cidadão se sente mais desprotegido.

> O paradoxal dessa crise é compreender o que de fato ela é, já que são diversos os estudos e reportagens que mostram os avanços científicos no conhecimento e nas soluções acerca dos problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades, bem como a existência de serviços altamente equipados para suas intervenções (MERHY, 1998, *apud* MERHY, 2002, p. 120-121).

No interior do sistema, o usuário reclama da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados. Se assim se sentem, é porque a produção dos cuidados de que necessitam pode ter sido focada no procedimento, o que Merhy denomina de 'procedimento-centrada' e não 'usuário-centrada'. É a finalidade última pela qual a produção se realiza e se

esgota: um paciente operado e ponto final, ou um paciente diagnosticado organicamente e ponto final, sem que com isso necessidades/direitos tenham sido satisfeitos (MERHY, 1998, *apud* MERHY, 2002, p. 122).

A profunda crise do paradigma que estruturou o modo atual do médico atuar caracteriza-se pelo distanciamento dos interesses dos usuários; isolamento de sua relação com os outros trabalhadores de saúde; desconhecimento da importância das práticas de saúde dos outros profissionais; e predomínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos. Quando há domínio dos interesses organizados em torno das tecnologias duras, os processos de trabalho estão mais comprometidos com o uso dessa forma de tecnologia do que com os problemas de saúde que devem enfrentar. Dessa maneira é que se discute hoje o modelo assistencial como estando voltado para a produção de procedimentos, que consome intensamente tecnologia dura, gerando mais necessidade de produção de procedimentos (MERHY, 1998, p. 8).

O trabalho médico orientado por tal modelo se isola dos outros trabalhos em saúde. Especializa-se, conforme é introduzido cada novo tipo de associação entre procedimentos e máquinas. Necessita de uma autonomia que o separa das outras modalidades de abordagem em saúde e alimenta-se de uma organização corporativa poderosa voltada eticamente para si. Esse modo de operar o trabalho médico produz permanentemente a morte das tecnologias leves inscritas nos seus processos clínicos, o que gera sistematicamente uma relação usuário-trabalhador marcada por um processo de alienação, des-responsabilização custosa e ocasionalmente resolutiva (MERHY, 1998, p. 8).

Consubstanciando sua crítica a esse modelo, Merhy aponta, como outro traço importante desse modo de trabalhar, a mediocrização da prática clínica, inclusive no sentido dos saberes estruturados, que ela incorpora, pois são tão restritos os seus horizontes e não se dão conta de que atuam sobre seres humanos, vivos, subjetivamente produtores de necessidades. Essas intenções que comandam o trabalho médico comprometido com a produção de procedimentos estão articuladas a um exercício da autonomia no trabalho clínico totalmente voltado para

interesses privados estranhos aos dos usuários e isolado de um trabalho mais coletivo multiprofissional no interior das equipes de saúde, fechado e protegido no espaço físico dos consultórios, em nome de uma eficácia e de uma ética que não se sustentam em nenhum outro dado objetivo, em termos da produção da saúde (MERHY, 1998, p. 8-9).

Desse modo, ao mediocrizar a tecnologia leve, submetendo-a à lógica da dura e de uma leve-dura empobrecida, encarece substancialmente as ações de saúde, tanto por incorporar serviços caros sem necessidade, quanto por ser um sistema pouco resolutivo. Assim, é imperativo apontar que o trabalho médico, em um modelo assistencial centrado no usuário, deve se enquadrar em tecnologia leve dependente, comprometido com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde, de uma maneira multiprofissional e interdisciplinar, pautado por resultados em termos de benefícios gerados para os seus usuários (MERHY, 1998, p. 9).

Na perspectiva em que se busca recuperar o sentido perdido do cuidado, os recursos tecnológicos devem estar centrados no trabalho vivo, tecnologia leve produtora de um compromisso permanente com o acolhimento, responsabilização, resolução e autonomia. No sentido desse novo horizonte, o paradigma clínico que permitirá a incorporação de tecnologias duras será sempre marcado pelo ritmo da produção das tecnologias leves, pela gestão partilhada e mais pública dos processos de trabalho e pelo compromisso efetivo com a defesa da vida do usuário. Nesse sentido, os modelos assistenciais assim formulados serão cada vez mais dependentes de uma clínica ampliada (MERHY, 1998, p. 9).

Esses modelos são ainda mais necessários quando se visualizam questões relativas ao imperativo de cuidar o humano pelo humano, tendo o valor humano como valor inerente e necessário. Faz parte dessas questões a humanização das práticas em saúde sob um novo escopo das próprias políticas de saúde e dos processos de saúde no âmbito dos estabelecimentos de saúde.

Embora muito se tenha discutido e acordado em torno da humanização em saúde, persistem a precarização dos serviços e sua má prestação, assim como o distanciamento de muitos serviços das reais

necessidades dos usuários/pacientes. Esse quadro permanece e caracteriza-se como problema seminal e cerne do sistema, para o qual ainda não há solução, e por causa do qual usuários/pacientes ainda perecem, dando mostras dos dilemas com que se defrontam no SUS.

Exemplos acerca disso não faltam: a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações de saúde; a intensa desigualdade no atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e o privilegiamento dos cidadãos que podem pagar altos preços pelos serviços no acesso ao melhor que se tem no setor (MERHY, 1996).

Na outra esfera estão aqueles usuários que não têm como arcar com as despesas de saúde, cada dia maiores, os quais têm de enfrentar a burocracia e o esfacelamento do sistema, cuja realidade inconteste pode ser vista nas filas e no prazo para marcação, realização e recebimento de exames e de acesso a profissionais habilitados e aptos a atendê-los em suas diversas necessidades de saúde/doença. A essa realidade nada animadora, junte-se o baixo impacto que as ações de saúde têm tido nos principais problemas da população e a sua pouca contribuição para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Em muitos casos, assevera Merhy, ocorre o contrário: alguns indicadores do padrão de saúde das populações pioram, como o aumento da presença de doenças evitáveis e erradicáveis. São sintomas da não efetivação na promoção e proteção dos indivíduos e da coletividade, que expressam o baixo impacto do modelo tecnoassistencial adotado pelo sistema de saúde brasileiro. Tal modelo gera insegurança quanto ao tipo de atendimento do qual muitas vezes o usuário/paciente está sendo vítima, mas também reflete a profunda crise de realização e satisfação por que passa (como cidadãos e profissionais) o conjunto dos trabalhadores do setor de saúde (MERHY, 1996).

No seio dessa desqualificação, a assistência à saúde se torna ainda mais precária e longe de seus princípios, sobretudo aqueles expressos na Constituição, cujo direito a ela é de todo cidadão e cuja obrigação é estatal e pública. É um direito inalienável, prerrogando a proteção, promoção e reabilitação da saúde como eixos estruturantes, assegurados mediante

uma rede de serviços organizada a partir de princípios comuns sob o conceito de respeito à vida e à dignidade humana.

Para Merhy, esse é um desafio para os trabalhadores da saúde, os quais devem buscar um outro modo de operar o trabalho em saúde e construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde através de laços de solidariedade entre ambos.Essa relação deve se dar na dependência mesma dos trabalhadores em seu desempenho técnico, na perspectiva de um trabalhador coletivo na área da saúde. Alcançar esse patamar requer outro tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários no interior do conjunto das instituições de saúde, além da participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência e na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado. Por esse ângulo, acredita-se que os trabalhadores devem ter a responsabilidade por boa parte da qualidade da assistência que ofertam aos usuários. Isso porque, o trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato dependente e o trabalhador em saúde pode colocar todos os seus saberes e práticas a serviço de uma produção eficaz. Para Merhy (1996), trata-se da "cidadanização" da assistência à saúde, que se faz a partir da subtração da dignidade do trabalhador e do paciente.

Nesse escopo mais amplo, os trabalhadores de saúde não devem se recusar a defender a vida com as tecnologias de que dispõem, lançando mão de seus saberes – sua melhor tecnologia – para ofertar o melhor que puderem aos usuários. Esta se constitui em uma das melhores formas de sua inclusão naquilo que é necessário mudar, bem como na perspectiva de construção recíproca de usuários e trabalhadores, visando garantir a melhoria real da qualidade de vida (MERHY, 1996).

Referindo-se a si mesmo como trabalhador da saúde, Merhy reflete que é no cotidiano do trabalho e no processo coletivo de gestão dos serviços, a fim de resolver os problemas do dia a dia, que é possível caminhar nesta direção. Para tanto, deve-se construir um novo proceder em saúde, sob a égide da construção de um vínculo efetivo entre o usuário e os trabalhadores do setor. Através dele, é possível buscar uma resolutividade orientada por ganhos de autonomia dos usuários perante os seus modos de andar na vida.

Como pressuposto básico neste caminhar, Merhy (1996), considera necessário que o conjunto dos serviços de saúde deva garantir, ao menos:

a) acesso dos usuários às ações de saúde, ofertando múltiplas opções tecnológicas para enfrentar os seus distintos problemas;
b) acolhimento dos usuários em todos os momentos de relacionamento com os serviços de saúde;
c) máxima resolutividade às ações de saúde, procurando impactar os quadros de morbimortalidade a partir da associação mais ampla possível de todas as ações de saúde individuais e coletivas tecnologicamente disponíveis.

Adensando seu modo de pensar ao processo de trabalho no âmbito do SUS, Merhy assevera que o conjunto dos trabalhadores de saúde do setor público deve lutar por sua efetivação, com caráter público, democratizado e centrado no usuário, cujo controle seja de organismos públicos estatais e não estatais. Para tal empreendimento, precisam-se desvelar os mecanismos pelos quais os processos de gestão da política e do trabalho em saúde possam se tornar um tema público para o trabalhador de saúde e o usuário do sistema. Isso será possível através de um investimento numa análise mais detalhada da micropolítica do processo de trabalho em saúde. Com ela, será possível refletir sobre as possibilidades de intervenção nos cotidianos institucionais, na busca de um novo modo de operar os modelos de atenção à saúde como políticas (MERHY, 1996).

A propósito da discussão em torno de novos paradigmas em saúde, Luz (2005) apresenta intervenções importantes e pode subsidiar essa discussão. Não que ela se foque sobre os mesmos elementos de Merhy, mas porque orienta um outro olhar sobre as práticas em saúde, sobretudo sua crítica ao modelo médico hegemônico que vigora no setor de saúde. Considera, então, a necessidade de se pensar outros paradigmas em saúde, entre os quais se situam, por exemplo, as denominadas medicinas alternativas ou complementares no contexto macro social, do que denomina "dupla crise na sociedade atual: sanitária e médica, envolvendo culturalmente as relações medicina-sociedade", cujas raízes são socioeconômicas.

Vive-se então, uma crise na saúde, a qual

> [...] pode ser vista em primeiro lugar como fruto ou efeito do crescimento das desigualdades no mundo, consideradas aqui as sociedades do capitalismo avançado, predominante no primeiro mundo, as do capitalismo dito dependente, predominante no terceiro mundo, as sociedades oriundas dos destroços do socialismo, e o conjunto de países subdesenvolvidos do continente africano, às vezes denominado de quarto mundo. Este todo forma um conjunto submetido às leis de uma economia capitalista chegada em um estágio de internacionalização e dominância completa sobre o planeta, processo que economistas e cientistas políticos têm chamado de "globalização" (LUZ, 2005, p. 40-41).

Essa crise torna-se particularmente aguda nas sociedades onde há desigualdade social profunda, como no continente latino-americano, com a concentração de renda atual gerando problemas graves de natureza sanitária, tais como a desnutrição, violência, doenças infectocontagiosas, crônico-degenerativas, além do ressurgimento de velhas doenças que se acreditavam em fase de extinção, tais como a tuberculose, a lepra, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, que se aliam a novas epidemias como a AIDS. "Tudo isto sem mencionar o próprio consumo de drogas como cocaína e o crack, que tem crescido em proporção maior entre nós que nos países do primeiro mundo" (LUZ, 2005, p. 41).

Todas são questões que poderiam ser controladas, ou mesmo prevenidas, por políticas sociais adequadas, se os governos desses países estivessem comprometidos com a saúde da população, e não com a onda político-econômica neoliberal que tem gerado políticas sociais agravadoras do quadro sanitário descrito. Essa questão, muito discutida pelos mesmos economistas e cientistas políticos que discutem a globalização como fato econômico é um dos elementos básicos da crise sanitária.

Quanto à crise da medicina, eleva-se em termos socioeconômicos e culturais. O primeiro deles, o "plano institucional, por muitos considerado o principal, uma vez que se traduz nos programas de atenção médica, sobretudo os destinados às populações de baixa renda". Outro é o

> [...] plano ético imediatamente ligado à prática médica, na medida em que destaca a perda ou a deterioração atual da relação médico-paciente, com a objetivação dos pacientes e a mercantilização das relações entre médico e seu paciente, visto atualmente mais como um consumidor potencial de bens médicos que como um sujeito doente a ser, se não curado, ao menos aliviado em seu sofrimento pelo cuidado médico (LUZ, 2005, p. 44).

Entretanto, essa crise da medicina não significa

> [...] uma crise em seu modelo de produção de conhecimento, ou uma estagnação nas suas investigações. Não se trata de uma crise do que Foucault designaria de saber médico. Muito ao contrário, como 'ciência das doenças' a medicina vai muito bem, obrigado, revolucionando-se constantemente por meio da produção e ramos disciplinares da biociência que mais lhes são próximos (LUZ, 2005, p. 46).

Além desses aspectos ético, político, pedagógico e social, é importante considerar "o plano econômico, dos custos crescentes da tecnologia médica e seus efeitos institucional e social; o plano da irracionalidade da organização da medicina, centrada em um modelo hospitalário, em detrimento das necessidades de atenção primária da população" (LUZ, 2005, p. 46).

Esses aspectos são importantes para a compreensão da questão social da medicina na sociedade atual, sobretudo para a análise de gerentes, planejadores e políticos do setor, constituindo-se em um

problema gerencial ou de políticas públicas adequadas que devem ser adotadas, controladas e avaliadas.

Outro aspecto fundamental é observar que o

> [...] próprio paradigma que rege a medicina contemporânea se afastou do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção. Também, na medida em que este sujeito humano sofredor deixou de ser o centro de seu objeto (como investigação) e de seu objetivo (como prática terapêutica). A situação desse duplo afastamento gerou uma dupla crise, na saúde das populações e na medicina como instituição, detectada a partir da segunda metade do século XX [...] (LUZ, 2005, p. 47-48).

A propósito dessa medicina, é sobretudo no século XX que há uma ruptura do equilíbrio entre tecnicismo e humanismo e passa a vigorar também uma medicina utilitarista, a cargo de uma ciência também utilitarista, desta vez sobre o corpo e a doença, e passa a se constituir a clínica moderna, como bem assinala Foucault (2003). Sua constituição se faz de tal forma que se propõe como

> [...] berço de um conhecimento definitivo sobre a doença e a cura. Para isso, produziu um discurso sobre a universalidade da Ciência Médica (discurso de classificação e de controle da doença visto como um fenômeno 'rebelde'), o que lhe permitiu colocarem-se numa posição oposta às demais medicinas, tidas como saberes particulares e não científicos, isto é, frutos da ignorância popular e da tradição mágica e irracional (MARTINS, 2003, p. 130).

É justamente por esses aspectos que se necessita de novos "sentidos de uma nova medicina" compreendida como

> [...] o conjunto das transformações dentro e fora do campo da medicina oficial, envolvendo tanto as reações tecnicistas como humanistas, e mobilizadas por interesses os mais diversos (políticos, corporativistas, econômicos, culturais e religiosos). Externamente ao campo médico oficial, essas transformações têm a ver com o resgate de práticas médicas diversas – populares, xamânicas, orientais, indígenas etc. – presentes, sobretudo no interior da medicina popular e das terapias alternativas e na possibilidade de essas serem integradas ao campo oficial num horizonte visível. Internamente, relaciona-se com o esforço dos profissionais dissidentes da medicina alopática e instrumental de resgatar a complexidade do fenômeno etiológico e endêmico (MARTINS, 2003, p. 141).

Os sentidos das transformações dependem das habilidades dos atores sociais, movimentos e agentes institucionais envolvidos na criação de modelos nacionais e mundiais de saúde, que atendam aos diversos interesses políticos, sejam econômico-utilitaristas ou humanistas. Se a solução política final for dada pela tendência tecno-utilitarista, reforçam-se as posições dos grupos econômicos e corporativos minoritários, em prejuízo dos valores universalistas que legitimam uma medicina pública e social. No caso contrário, de avanço da humanização, então pode ocorrer um movimento de democratização da saúde e da medicina. A *nova medicina* comporta, portanto, reações contra a degradação da experiência médica, as quais se processam tanto externamente como internamente ao campo da medicina (MARTINS, 2003, p. 142).

Dentre outros desdobramentos, o futuro da *medicina moderna* decide-se, hoje, por uma relação de forças complexas que extrapola o campo estritamente científico para incluir variáveis sociais, políticas, psicológicas, culturais, simbólicas e religiosas, ou seja, a questão não é mais optar entre uma medicina mágica como aquela existente nas sociedades primitivas, ou, então, por uma medicina técnica, como foi a *biomedicina moderna* (MARTINS, 2003, p. 142-143).

3 À guisa dessa discussão, haveria espaço para uma integralidade?

Integrar – tornar/fazer integral; compor, produzir com integralidade; fazer parte individual e coletivamente do processo de saúde, e intervir conjuntamente mediante esforços políticos, institucionais e tecnológicos em diversos níveis de atenção visando a uma saúde e a uma prática integral de cuidados com vistas à emancipação e autonomia. É um processo de fazer democrático e comprometido; é também um poder/fazer diferente, e necessário; é um tipo ideal; é uma ideia; é uma ambição política, das mais nobres; e uma intenção humana, das mais necessárias, pulsante e vocacional.

A integralidade é polissêmica, característica esta que permite diferentes níveis de reflexão. Enquanto campo de práticas de saúde deve estar centrada na produção de novos sentidos e novos atores/sujeitos para o viver individual e coletivo, e está vinculada à construção de um agir ético-político intransigente com a produção da vida, ou seja, um agir que seja permanentemente um ato autopoiético, no qual vida produza vida.

Para esse tipo de ato, ou seja, uma integralidade autopoiética, é preciso, de um lado, uma inserção numa rede de amplas disputas contra hegemonias, que requer posicionar-se contrário ao modo predominante através do qual têm se constituído as relações individuais e coletivas entre homens e mulheres, histórica e socialmente. De outro lado, o posicionamento como ator político, com vistas a uma posição contrária a um agir instrumental, corporativo-privatista e seus modos antivida de realizações. "Enfim, quem está nesse *front*

não pode desconhecer que, com seu fazer cotidiano implicado, está inserido num conjunto de lutas radicais, no sentido de ir às raízes" (MERHY, 2005, p. 2).

Nessa perspectiva, é necessário pensar o futuro das práticas de saúde, sendo um dos principais caminhos o da construção da integralidade como eixo de suas ações. Ao mesmo tempo, significa a construção de novos lugares e novos enredos num terreno de disputa entre o reconhecimento do potencial dos sujeitos engajados na mudança do setor e seu desafio de enfrentar estruturas estanques e historicamente presas a um modo de pensar também reduzido. É um momento de (re)avaliar e (re)validar uma causa, qual seja a (re)constituição dos direitos e da capacidade de conferir a sujeitos sociais suas verdadeiras identidades enquanto trabalhadores e usuários.

Refere-se, assim, a um amplo conjunto de papéis a serem desempenhados em consonância com as necessidades de produção dos cuidados em saúde e da vida. Requer para tanto, uma ampla gama de sujeitos conscientes e de um conjunto de afirmações propositivas que permitam impactar, ao menos, a forma de pensar saúde e os elementos que a constituem como direito. É um desafio dos mais difíceis e conjunto de exigências de novas qualidades/habilidades no produzir do trabalho em saúde, especialmente. Se isso requer novas habilidades, novos conceitos e novos arranjos institucionais também exigem um conjunto de exigências sociais e ético-políticas guiado por uma valorização da vida como bem comum. É um tipo de produção cotidiana desafiadora, é uma luta, que não se encerra ao primeiro momento de sua convenção, mas na sua constante elaboração pelos que nela labutam e a desejam como ideal, como saber e prática com interesse e vínculo social. É um tipo de produção que não deve ser compartilhada por meio de relações sociais guiadas por mecânicas instrumentais, a exemplo das capitalísticas dirigidas, que transformam tudo ao "seu redor em recursos utilizáveis e têm sido demarcadas pela antiprodução, por matar dia a dia a vitalidade daqueles mundos: das coisas, do social e das pessoas". No seio dessa antiprodução, é possível produzir modos de viveres coletivos não destrutivos, o que também representa um desafio a ser "fabricado diariamente

pelos coletivos sociais, em geral, e pelos coletivos de trabalhadores, em particular. Mas, isso exige lutas sem tréguas. Lutas pela possibilidade de ser imaginada. De ser desejada. De ser constituída. Produzida" (MERHY, 2005, p. 2).

Todas essas possibilidades demandam uma nova forma de pensar e de participar de sujeitos agindo por atos conciliáveis com produção de relações e de vida, que se torna ainda mais crucial no âmbito da saúde. É também uma reflexão acerca da reinvenção de um determinado tipo de sujeito social em saúde, que, no conjunto amplo de outros sujeitos sociais, situa-se naquele que, em escala mais ampla, é a réplica de todos os demais: um sujeito acostumado a vivenciar e a reproduzir práticas rotineiras e mecânicas, refém de um fazer instrumentalizado no cotidiano de seu encontro com seus pares (outros profissionais e a população usuária dos serviços de saúde), voluntária e involuntariamente, direta e indiretamente.

Muitos seriam os motivos sobre os quais recaem as reflexões em torno dessa forma de fazer profissional, quer seja por uma razão instrumental que a ela se acostumou ou priorizou, por razões de método, eficácia, treinamento, aprendizado, ideologia ou crença, quer por uma ação tecnocêntrica mais facilitadora e mais cômoda do ponto de vista relacional porque implica distanciamento e objetivação do outro, cuja resolução estaria configurada na ação sobre o problema de saúde. Para caminhar além dela, cada profissional precisa reconhecer o potencial de seu modo particular de produzir serviços sob a forma de valor humano, sob um saber/poder com fins pacíficos e também emancipatórios. Essa é uma das condições de seu protagonismo, que deve ser exercido na medida em que sua prática em saúde se constitui como própria do humano e na dependência das próprias relações sociais, sem as quais não se afirmaria enquanto ato humano e vínculo, valor tão caro a todo ato relacional, mas raro e pouco priorizado, embora necessário.

São relações de sujeitos que precisam mediar conflitos e realizar afetividades, elaborar protocolos e protagonizar encontros, sob o reconhecimento de outras formas também particulares de produzir de outros sujeitos sociais. Tais sujeitos emergem como usuários/pacientes,

não obstante suas concepções de vida, de saúde e de doença que definem todo o seu arcabouço conceitual e valorativo acerca dessas mesmas questões. Essas concepções guiam sua forma de viver e refletir com os demais (outros sujeitos, e profissionais de saúde) e consigo mesmo, no trânsito entre a rede de assistência, estabelecimentos de saúde e nas suas redes de convívio, afora aquelas próprias da saúde. Tomam vida entre aquelas teias relacionais, que muito informam acerca da doença e do doente, acerca do melhor e do pior atendimento, do melhor e do pior profissional, do melhor e do pior cuidado, do respeito ou não aos seus direitos, resolução ou não de seu problema de saúde.

No seio do agir profissional e do conjunto de seus deveres e devires, eclodem suas interações, as quais formam um enorme escopo de uma série sucessiva de eventos e personagens que se entrelaçam na mesma história, tendo ambos ações recíprocas e direitos invioláveis. Se ao usuário/paciente deve ser provida a assistência cuidadosa dentro do mais alto grau de utilização da tecnologia disponível, ao profissional cabe-lhe conceder toda a tecnologia de que dispõe a serviço da vida e do cuidado que aquele requer. A constituição desses valores e dessas trocas é algo que precisa ser visualizado como intenção e como valor/moeda, troca intersubjetiva, conjuntural. Precisa ainda ser vista como precisão e acuidade no âmbito das ações profissionais na rede de seu coletivo de trabalho, cuja ação é conjunta e multidimensional. Ocorre sob determinados aspectos específicos dos atos que cada um executa e na junção de um todo que juntos operam, formando uma rede de valores cumulativos que deve ser integral.

É um processo que resulta de um somatório e de uma série sucessiva de episódios parcelares e conjuntos em torno de questões com o mesmo fim: produção de um bem coletivo sob a forma de saúde, tratamento e/ou recuperação. Para produzi-lo, será utilizado determinado tipo de tecnologia, ou um conjunto delas, a depender do caso ou da particularidade que o mesmo apresente, em maior ou menor grau, em maior ou menor complexidade. No todo, o que mais importa é o esforço para produzi-lo e resolvê-lo integralmente, dentro das melhores chances de sobrevivência, atenuação ou regressão, prevenção, promoção, ou de forma paliativa, quando assim necessário for.

Caminhar nessa direção requer buscar novos sentidos para as práticas coletivas, no intuito de trocar vivências e experimentos, constituir redes de produções de saberes e de solidariedades e estabelecer eixos problematizadores. Isso porque se deve construir novos modos de agir em saúde através de uma integralidade cujos compromissos produzam vida. Essa integralidade precisa se articular na perspectiva de um agir micropolítico em um universo macro no qual se insere. Não é uma ambição simples, pois requer eixos interrogadores e a proposição de ideias, considerando a vida de todos e de cada um igualmente fundamental. Nessa construção coletiva, o campo da saúde constitui um "território de saberes e práticas tecnológicas", as quais produzem diferentes "maneiras de cuidar em saúde" (MERHY, 2005, p. 5-6). Trata-se, desse modo, de um campo "envolvido com a construção de homens e mulheres cada vez mais autônomos e qualificados para apostarem na produção da vida, como valor de uso inestimável para si e para os outros, em todas as suas formas de expressões e dimensões" (MERHY, 2005, p. 5-6).

Realizar tal tipo de ato é também incorporar uma nova forma de agir, na medida em que trata de incorporar novas formas de relacionamento e procura soluções coletivas para resoluções de problemas de saúde. É outra maneira de atuar perante outros tantos produtores da saúde. A questão é encontrar o caminho mais adequado entre tantos saberes e práticas, e definir a melhor maneira de atuar quando interesses tão distintos estão em jogo. É justamente nesse ponto em que deve prevalecer a compreensão de um todo indivisível nos atos de produção em saúde, em que cada um deve apostar no devir coletivo, e participar, de forma ativa, da elaboração de ser e estar, e de produzir novos atos de saúde como uma missão na dependência de saberes tão distintos.

Como bem observa Merhy (2005), foram construídos tipos diversos de saberes e variadas formas de realizar essa missão. Para realizá-la, deve-se indagar se o que é produzido encarna uma ética da vida. Essa é uma reflexão central quando se pensa nesse agir, enquanto atitude ética e compromisso, uma vez que o agir não pode voltar-se para si;

deve estar para o mundo das necessidades de saúde dos vários grupos populacionais e dos usuários dos serviços de saúde. Essa também é uma premissa básica do próprio existir, pois este perpassa o interesse individual ao permitir a percepção de uma vida em seu conjunto.

Pode-se pensar ainda que esse processo de produção em saúde exija reconhecer as ações complementares naquilo que o outro é, e faz, daquilo que o outro quer e deseja. Trata-se, por isso mesmo, de um processo empático, em trocas recíprocas de relacionamentos, gestos e atos que potencializam uma assistência e mesmo um conjunto delas. Do ponto de vista do trabalho coletivo e do trabalho em saúde como bem e ato, pode-se constituir o trabalhador em saúde em personagem de mudanças. Tem ele um amplo repertório de saberes, afora aqueles que vai aprendendo no cotidiano de trabalho com seus pares – outros trabalhadores e usuários/pacientes – os quais compartilham diversos momentos de aprendizagem, quando esta é tida como elemento de muitas vias e possibilidades: um contínuo.

No sentido dessas muitas possibilidades, o trabalhador em saúde atravessa distintos espaços de competência. Como sujeito social, integra também aquele grupo de sujeitos destinatários dos atos de saúde e pode ele, como ser humano que é, estar demandando cuidados e necessitando que um outro cuide dele. Nessa situação, assumirá um outro papel. Por isso mesmo, deve estar consciente de que essa é uma das vias, entre aquelas muitas, que terá de atravessar: receber cuidados produzidos em diversos atos de sujeitos especializados com diversas competências e tecnologias, os quais devem ser tão comprometidos, problematizadores, interrogadores e desejosos de mudança quanto ele mesmo. É no papel do outro, possivelmente, que pode estabelecer um campo reflexivo acerca de seu próprio trabalho e dele extrair novos pontos de contato com aquele usuário/paciente que dele necessite.

O trabalhador com esse tipo de postura pode indagar e autoanalisar o bem produzido enquanto um sujeito implicado, "usuário do seu próprio fazer". Essa é uma autoimplicação, que permite ao trabalhador posicionar-se perante o que faz, sabendo que um dia precisará dos atos de saúde (MERHY, 2005, p. 5-6).

Essa abordagem faz parte das possibilidades de reflexões acerca da integralidade, como campo polissêmico, que integra os diversos conceitos emblemáticos da saúde. Sendo um tipo ideal para a produção dos atos de saúde através de suas tecnologias e a expressão de um conjunto ideal político de trabalhadores em saúde, a integralidade exige uma nova forma de trabalho em equipe e a compreensão de uma nova filosofia no âmbito do exercício profissional e na prestação de serviços especializados em saúde. Não é um conceito ou filosofia que sozinha possa suprir as necessidades do sistema de saúde, mas pode orientar as práticas e exigir a adoção de uma nova postura.

No interior do sistema, enquanto propositura política e ação, a integralidade também tem o sentido de conjunto integral e integrado. Está configurada em estrutura política que define ações e programas de saúde, organizados em redes e em níveis de atenção conforme a complexidade tecnológica incorporada. Enquanto filosofia e núcleo do sistema, a integralidade visa recuperar, pelo menos, em tese, o homem como um todo, na medida em que expõe a necessidade e legisla em torno de uma saúde integral no âmbito de uma macropolítica. Essa política necessitará, para dar cabo de suas pretensões, daquele processo anteriormente exposto, ou seja, aquele dependente de uma arranjo humano ideal e político no interior da micropolítica através da qual operam seus agentes de saúde.

Conforme exposto anteriormente, a integralidade tem muitos sentidos e configurações. É de modo direto, por convenção filosófica, um dos princípios do SUS e é, por decorrência do mesmo Sistema e por exigência das configurações políticas e societais, uma intenção política ideal. Projeta-se sobre espectros variantes das diversas estruturas e sujeitos sociais distintos, exigindo deles um novo arcabouço também compreensivo que possa resultar numa conformidade resolutiva integral – sujeito como um todo –, intenção máxima do sistema. Sua identidade perpassa a esteira do próprio alcance do conceito de saúde, que deve estar presente no conjunto das políticas públicas, incorporadas sob a égide de um trabalho amplo e integral em saúde. Esse sentido também integra as denominadas políticas

especiais, utilizadas aqui por empréstimo de Mattos (2006), quando busca abordar e discutir os sentidos da integralidade.

Essa resposta pode vir sob diversas denominações: política, programa, estratégia, ação. São desenvolvidas através dos diversos níveis de governo em suas atribuições e competências, sob o escopo de uma agenda de prioridades, conforme a densidade e urgência do(s) problema(s) e reivindicações diversas de diversos agentes e sujeitos sociais, e de suas instituições representativas. Fundam-se sob o conceito de bem público, direito e obrigação do Estado, e devem atingir o máximo de pessoas em tempo hábil e ações resolutivas.

Para situar essa discussão, corrobora-se Mattos, quanto à preferência de utilização do termo política em lugar do termo programa, ressaltando-se, para tanto, a "dimensão mais abrangente da resposta governamental a certos problemas públicos" que a política incorpora. Os programas surgem como respostas governamentais a certos problemas de saúde, e são um "conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de um problema público qualquer, tendo geralmente expressão institucional (e, portanto, orçamentária) e uma perspectiva de atuação não limitada temporalmente" (MATTOS, 2006, p. 38).

Dito que a política de saúde nasce de uma crítica, reivindicação, pode-se exemplificar o movimento feminista no Brasil como instância para esse tipo de uso da noção de integralidade. Esse movimento influenciou sobremaneira a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no âmbito do Ministério da Saúde, e estava imbuído de uma crítica severa ao tratamento dado pelas políticas e serviços de saúde às questões e aos problemas de saúde da mulher. Foi, sobretudo, o pensamento reducionista relacionado ao adoecimento das mulheres que o gerou, bem como o não atendimento às exigências de resolução de seus problemas de saúde, ou mesmo sua emancipação, conforme as especificidades da mulher brasileira (MATTOS, 2006).

Nascia dessa crítica um ideal para a construção de políticas voltadas para a assistência à mulher, rompendo o princípio de que ela compunha a população materno-infantil. Para as mulheres, esse era um conceito reducionista, pois as identificava como meras reprodutoras.

Esse conceito e modo errado de vê-las no âmbito da política deu origem à concepção de mulher como população-alvo específica, enquanto mulheres tinha sentido lato. No escopo dessa nova configuração de mudança, erigiu-se um novo conceito, ampliado e abrangente: o de saúde integral da mulher. Esse termo ampliava a percepção acerca dos modos pelos quais a saúde da mulher deveria ser pensada. Integralidade assumia o significado de não aceitação de redução das mulheres a "objetos descontextualizados" das políticas sobre as quais incidiam (MATTOS, 2006).

Embora se reconheça os avanços dessa nova abordagem de saúde feminina pelo PAISM, ainda se convive com muitas das suas limitações, sobretudo porque assumiu a forma de um programa, quando o ideal seria o de uma política. Para pensar acerca dessa questão, é preciso que se vejam os programas como elementos que repercutem de modo institucional e complexo na convergência com outros programas emanados no bojo da instituição político-pública, da qual determinado programa faz parte.

Com o PAISM não foi diferente, e teve, no confronto com outros programas, sua delimitação, ocasionando também a delimitação da própria integralidade a que o programa se propunha inicialmente. Isso implicou o abandono de alguns dos ideais da assistência integral à saúde da mulher, ao menos, de forma temporária. Por essa razão, o programa priorizou os problemas de saúde da mulher diretamente relacionados com o útero,mamas e o planejamento familiar. O resultado dessa ênfase reduzida implicou a não adequação da abordagem de aspectos específicos do adoecimento humano além das questões biológicas, a exemplo daquelas relacionadas às condições de gênero, culturalmente edificadas. Essa questão é atual e continua desafiadora para construir uma assistência integral. Embora essa delimitação tenha conferido valor às lutas daquele período, continuam não sendo aceitáveis, pois ainda hoje permanecem assim, o que reinstala a ideia de seguir aprendendo com o movimento feminista e seguir lutando na busca de uma assistência integral à saúde da mulher, como bem pondera Mattos (2006). Até este ponto, é perceptível que se destaca um sentido de integralidade: aplicável a certas propostas de respostas

governamentais aos problemas de saúde; que se ergue em recusa à objetivação e ao recorte dos sujeitos sobre os quais a política de saúde incide; que amplia o horizonte de problemas objetos de ação da política. Mas há, como ressalva Mattos, outro sentido de integralidade aplicável às "respostas governamentais na área de saúde", referentes ao conjunto de "ações contempladas numa política especial", cuja repercussão deve ser pensada em termos de como "a resposta governamental incorpora ações voltadas à prevenção e ações voltadas à assistência". Nesse sentido, a noção de integralidade expressa a convicção da responsabilidade do governo em dar respostas a determinados problemas de saúde pública, incorporando as possibilidades de prevenção e as assistenciais (MATTOS, 2006, p. 40).

Nesse sentido, poder-se-ia criticar um programa de prevenção do câncer de mama, que deixe de levar em conta as necessidades de restauração de mamas das mulheres que realizam mastectomias em função da doença. Uma resposta coerente com o princípio da integralidade da assistência, nesse sentido, deveria viabilizar o acesso às técnicas de diagnóstico precoce, assegurando a todas as mulheres que fazem o diagnóstico (mesmo as que fazem o diagnóstico tardio) o acesso às formas de tratamento de que necessitam. Aliás, como a prevenção do câncer de mama se faz através de diagnóstico precoce, a oferta desse diagnóstico, desacompanhada do pronto acesso de todas as mulheres ao tratamento adequado é não só uma transgressão ao princípio da integralidade, como é algo totalmente inaceitável do ponto de vista ético (MATTOS, 2006).

Na verdade, o que é preciso, ao se trazer à tona essas questões que fazem parte do cotidiano da saúde e que comprometem a assistência, é compreender a existência de um modelo de atenção à saúde, desarticulado das formas de viver e das reais necessidades das pessoas que necessitam do sistema de saúde. O caso das mulheres com câncer de mama é um dos tantos casos a ser tomado como exemplo sobre a forma como a política de saúde impera e o tipo de atenção que a elas dispensam, mesmo tendo-se constituído uma política para a proteção e defesa dos seus direitos.

Por outro lado, preocupa a forma como os direitos são instituídos sem que sejam garantidos no seio dessa mesma política e no interior do sistema, que reproduz aqueles mesmos males: desarticulação da rede e dos serviços, interesses dispersos dos agentes de saúde (profissionais e gestores), políticas sem articulação com a população-alvo, não efetivação de direitos, ações pontuais e fragmentadas, agendas descontínuas. Esses são elementos que vão se constituindo como edifícios pesados e não resolutivos, que desmascaram o sistema e denunciam a necessidade de um novo agir social no contexto das práticas de saúde.Ressente-se, no seio dessa ebulição político-institucional, relacional e técnico-prática, considerar a ausência de atores que protagonizem o suprimento da demanda da integralidade em saúde e novos modelos que possam renovar a clínica, que continua centrada na doença e na gestão dos serviços, focada nos procedimentos rotineiros e reprodutivos intrainstitucionais.

No de setor saúde observa-se uma demanda crescente de modelos alternativos de atenção na prática clínica e na gestão dos serviços de saúde. Luz (1991), em seus estudos sobre racionalidades médicas, aponta para a exaustão do modelo ocidental de organização de serviços e das práticas médicas. Trata-se da crise da saúde, sanitária e médica, envolvendo culturalmente as relações entre medicina-sociedade e instituições: médicos/pacientes/serviços. Essas questões incidentes sobre as práticas em saúde e o agir cotidiano nas instituições de saúde são o cerne da integralidade, entendida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado da saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. Assume uma perspectiva crítica e, através dela, o cotidiano nas instituições de saúde ergue-se de construção de práticas de novas formas de agir social, nas quais a integralidade pode se materializar como princípio, direito e serviço na atenção e no cuidado em saúde (PINHEIRO; LUZ, 2007).

Nesse sentido, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que reúnem, no mesmo

espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (médicos, dirigentes e usuários). Atuam para a construção e reprodução de saberes e práticas integrais de cuidado e atenção à saúde, assim como para a avaliação dos efeitos de uma política que o Estado desenvolve, face ao nível de saúde da população. Consideram-se as instituições de saúde um *locus* privilegiado de observação e de análise dos elementos constitutivos do princípio institucional da integralidade, nas práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos e nas práticas de saúde difundidas na coletividade (PINHEIRO; LUZ, 2007).

Para tanto, compreender como a atenção à saúde em determinado espaço se torna realidade – materialidade, resultado de uma política – para os que a recebem, é a oportunidade para exercer uma observação mais próxima da realidade de sua produção e de seu alcance. É no interior das práticas onde se processam os atravessamentos, as negociações, os pactos, os engajamentos, os encontros, os interesses individuais e coletivos, dos sujeitos e das instituições, que criam seus focos de resistência e solidariedade, de vínculo ou de desarticulação, devido a uma série de ações no interior dessas práticas, cujo universo de interseção entre usuários, profissionais e gestores traduz também uma ação social e política.

Essa materialização ocorre nos serviços de saúde, espaço onde repercutem os efeitos da política de saúde, quando o foco de análise recai sobre a integralidade das ações de saúde nos espaços onde ela deveria se materializar. Isso porque os serviços de saúde são um cenário vivo de atuação de atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas. Juntos produzem percepções diversas sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde. Nesse sentido, o estudo sobre os atores e suas práticas no cumprimento do princípio da integralidade, no contexto de reforma do sistema, ganha notoriedade e pertinência para o campo da saúde coletiva. Privilegiando a participação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, parte-se do pressuposto de que são as instituições, em seu agir cotidiano – os serviços – o espaço onde as ações políticas ganham materialidade política e social e expressam formas de criação e de apropriação da produção/reprodução da vida coletiva (PINHEIRO; LUZ, 2007).

Ressalte-se que cotidiano é entendido aqui como o *locus* social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais distintas que envolvem tanto pessoas, como grupos específicos, coletividades e instituições. No que concerne ao processo de reforma do sistema de saúde brasileiro – a construção do SUS –, uma das características fundamentais deste é "uma inédita e radical politização do que tradicionalmente se consideram procedimentos técnicos operacionais do planejamento e da gestão e organização do sistema" (LEVCOVITZ *apud* PINHEIRO; LUZ, 2007).

Segundo Levcovitz (1997), o cenário que se desenha é de superação da tradicional separação entre a esfera política e a esfera técnica, no qual as ações – sejam de caráter político, ideológico, institucional ou administrativo – tomam os espaços de gestão concreta das redes de serviços e de operação do instrumental próprio das políticas públicas. Em certa medida, isso vem requerendo novos padrões de relacionamento entre serviços, profissionais e usuários (*apud* PINHEIRO; LUZ, 2007).

Bosi (1994) destaca que os processos históricos da formação e consolidação das equipes e do modelo de atendimento nos serviços de saúde não se reduzem uns aos outros de maneira mecânica. Em outras palavras, a formação dos profissionais de saúde e a formulação de modelos assistenciais adotados pelos serviços possuem dinâmicas distintas, ao mesmo tempo em que se constroem lógicas particulares de realização e condução de suas atividades. Com isso, o uso da categoria integralidade corresponde a um tipo de marcador contínuo, que se estrutura a partir de uma ação social específica, que pode incluir os aspectos objetivos e subjetivos resultantes da interação/relação dos atores em suas práticas no interior das instituições. Essa categoria pode ser ampliada com a definição de ação social, definida por Weber (1999), que entende a ação como o fundamento de toda estrutura social: a ação geradora de situações e estruturas que organizam o edifício social (PINHEIRO; LUZ, 2007).

Nesse sentido, Mendes (1997) destacou a importância da dimensão cultural no processo de construção do SUS, pois a relação

entre atores governamentais e cidadãos tende a englobar vários aspectos intrínsecos à dinâmica de uma sociedade, além de manter estreita relação com a dimensão político-ideológica, no que concerne a uma visão ampliada do processo saúde-doença. Exemplo disso é a expansão de práticas terapêuticas alternativas nos serviços de saúde, que, colocadas a serviço da população, permitem ao paciente escolher a terapêutica a ser por ele utilizada. Esse fato evidencia uma compreensão ampliada do direito à saúde, na medida em que os conteúdos teórico-práticos norteadores dessas práticas se aproximam da integralidade em duas dimensões: da atenção e do cuidado em saúde. Para tanto, torna-se necessário assumir a integralidade como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde e, por que não, de uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais (PINHEIRO; LUZ, 2007).

4 Há espaço para se pensar/ter uma política integral do câncer?

No âmbito da assistência, é questionável a condução e o alcance da política de saúde no Brasil, mesmo com o câncer se constituindo, a cada ano, sério problema de saúde pública em todas as regiões do país. No momento em que os números indicam a doença como merecedora de atenção redobrada por parte de todos os gestores em seus respectivos níveis de governo e setores de assistência, necessita-se de uma melhor adequação da política de combate ao câncer sob uma condição de integralidade de ações e programas. De preferência, que se mostrem resolutivos e amplos, cujo alcance represente o sentido que esse princípio sistêmico propõe configurar. Pensar nesse sentido, e não é demais insistir, é conceber a integralidade como ideal, mas não somente isso, pois é preciso vê-la e tê-la como um conjunto de propósitos para se pensar na sua própria plausibilidade do 'enfrentamento' do problema, ou seja, como pensar uma política integral do câncer em meio à constatação da insuficiência da rede de serviços no âmbito do SUS.

Para esse empreendimento, ao longo dos anos, tem-se observado o empenho de muitos profissionais de saúde, do INCA e do Ministério da Saúde, na luta pela instituição de uma política de reorganização do sistema para oferta do maior número de serviços em oncologia e ações de promoção da saúde e da prevenção de câncer em âmbito nacional. Elas se desenham desde o ano 2000, quando se explicitava a necessidade da organização da assistência oncológica no Brasil, que seria definida posteriormente, depois de anos de negociação, reuniões, debates, planejamento e consensos. Tornou-se real através da portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005), contemplando promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Quando se busca esboçar um panorama mais geral do câncer, concorda-se que o desenho de uma nova política era necessário, como bem traduz Kligerman, para quem o dimensionamento da situação do câncer, no Brasil, resultou da análise, por parte do grupo e de outros especialistas, no INCA e fora dele, de diversos documentos, especialmente epidemiológicos, e das experiências e vivências de quem trabalha no setor há muitos anos (KLIGERMAN, 2001).

Para entender essa necessidade, observe-se, dentre outros elementos centrais para essa política, a complexidade do câncer, que deve ser tratado sob diversas linhas de ação: prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, manutenção e ampliação da política, formação e capacitação de recursos humanos e aumento do número de serviços especializados, constituindo-se na expansão tão necessária da rede. É um conjunto de desafios que se somam, indicando um conjunto de ações variadas e de incremento e uso de tecnologia, sem a qual o tratamento do câncer não é viabilizado. Nessa dimensão, deve ser incorporada tecnologia de alto custo: equipamentos e medicamentos, terapias e centros especializados de diagnóstico, tratamento e seguimento.

Embora se saiba que a tecnologia, por si só, não corresponde ao conjunto de respostas às necessidades de um paciente de câncer, ainda é decisiva para o sucesso da terapêutica empregada, sobretudo com o avanço nesse campo nos últimos anos em torno da identificação e tratamento da doença. Obviamente que também se pode falar da tecnologia como importante para a detecção precoce da doença. Essa é uma das linhas de ação que deve ser implementada por essa política, que se torna ainda mais necessária sabendo-se que muitos casos são identificados em estágio avançado, requerendo maior aporte de recursos financeiros, profissionais e terapêuticos, maior duração do tratamento e redução das chances de cura da doença.

Embora o controle do câncer dependa de um conjunto de atuações em áreas diversas, em geral é a terapêutica especializada com o uso de tecnologia e medicamentos de alto custo que mais demanda recursos do sistema de saúde. No Brasil, a ênfase se dá no tratamento especializado, atestado pelo inexpressivo número de programas de prevenção e detecção bem planejados, executados e avaliados; pelo alto percentual de diagnósticos de tumores avançados e pela deficiência de cuidados de reabilitação e paliativos. As consequências dessa clara tendência se verificam facilmente. Entre os tumores que mais incidem entre os brasileiros, encontram-se aqueles que podem ser evitados (os cânceres do colo uterino, estômago, pulmão e boca) e curáveis ou controláveis (os cânceres do colo uterino, mama e estômago e leucemias), de acordo com Kligerman (1999).

A mortalidade por câncer (geral e proporcional) mantida ao longo do tempo, a despeito da incorporação tecnológica e científica desde os anos 1960, deriva, principalmente, dos diagnósticos feitos em fases avançadas, inclusive de tumores de fácil acesso, como os que ocorrem na boca, no colo uterino e na mama. Sabe-se que quanto menor o estágio tumoral, maior será o percentual de cura. Porém, essa relação se inverte quando se considera o custo que se tem para diagnosticar e tratar um caso de neoplasia maligna, sendo esta uma realidade independente do tipo e da localização tumoral (KLIGERMAN, 1999).

Tal persistência reforça a necessidade de uma reorientação política para que não se tenha que conviver com o alastramento da doença nos próximos anos. A propósito disso, Kligerman esboça os elementos básicos que caracterizam a necessidade de uma política pública, os quais constituem os quatro pontos, apresentados a seguir, que explicitam a dimensão do problema e a sua tendência crescente,identificando ainda a inadequação dos serviços oncológicos e a importância do equilíbrio entre prevenção e terapêutica (KLIGERMAN, 2001):

1) o câncer é a segunda causa de mortalidade por doença, no Brasil;
2) a incidência de câncer cresce progressivamente, inclusive em faixas etárias abaixo dos 50 anos;
3) os serviços de assistência oncológica são insuficientes, às vezes, inadequados e mal distribuídos geograficamente;
4) muitos óbitos poderiam ser evitados por ações de prevenção ou detecção precoce.

Esse panorama é agravado por circunstâncias conjunturais, que extrapolam a área da oncologia ou mesmo da saúde e que reforçam a necessidade de uma política nacional para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Tais circunstâncias podem ser expressas na desatualização técnico-científica, informação gerencial e epidemiológica incipiente e recursos humanos insuficientes em quantidade e qualidade. A participação de outros ministérios, dos estados e municípios e da sociedade em geral, organizada ou não, define a abrangência a ser dada a essa política, evidenciando-se a importância da pesquisa, da informação e do ensino, como áreas de apoio que, junto com as áreas finalísticas de prevenção e assistência, conferem integralidade às ações de prevenção e controle do câncer. Esses aspectos reafirmam o câncer como um problema de saúde pública, o qual exige uma política nacional de prevenção e controle (KLIGERMAN, 2001).

O objetivo da política deve referir-se, simultaneamente, às questões relativas à incidência e à mortalidade por câncer. A redução da incidência está diretamente associada às medidas de prevenção e

de conscientização da população quanto aos fatores de risco de câncer. Já a redução da mortalidade depende da capacidade, em nível nacional, em se detectar o câncer o mais precocemente possível e tratá-lo adequadamente. Essas duas ações, além de caracterizarem a indissolubilidade do binômio prevenção-assistência, preveem a aplicação dessas ações em âmbito nacional e de forma universal. A situação desejada é a que permite o alcance do objetivo. Por se tratar de objetivo permanente, ou seja, por ser sempre possível procurar redução maior de incidência ou mortalidade por câncer, pode-se idealizar uma situação em que um conjunto de ações, estabelecidas em todo o território nacional e para toda a população, abordem, continuamente, a prevenção e o controle do câncer. Essas ações devem contemplar, também, a pesquisa, o ensino e a informação, pois todos estão implicitamente associados à ideia da qualidade do tratamento (KLIGERMAN, 2001).

Para tanto, precisa-se de um conjunto de ações contínuas que levem à conscientização da população quanto aos fatores de risco de câncer, que promovam a detecção precoce do câncer e que deem acesso a um tratamento de qualidade, equitativo e em todo o território nacional, o que representaria a situação desejada. Pode ser constituída de diretrizes para orientar as diversas instituições pertinentes na elaboração de programas, projetos ou ações, em cada aspecto considerado pela Política Nacional de Controle do Câncer (PNCC). Especificamente, os aspectos de prevenção, detecção precoce, assistência, qualidade, abrangência e equitatividade devem estar presentes nessas diretrizes (KLIGERMAN, 2001).

Sendo diretrizes de política, também devem ser suficientemente abrangentes para serem válidas por longo período, ficando definida a direção geral das ações de prazo mais curto. As quatro diretrizes abaixo são o resultado dessas considerações (KLIGERMAN, 2001):

1) estabelecer, em âmbito nacional, ações de prevenção do câncer, visando à promoção da saúde do povo brasileiro;
2) detectar precocemente os cânceres passíveis de tal detecção, para aumentar a probabilidade de cura e melhorar a qualidade de vida dos(as) doentes;

3) consolidar e expandir os serviços de assistência oncológica, equitativamente, em todo o país, e de forma integrada;
4) promover o desenvolvimento de recursos humanos, de estudos, pesquisas e outras ações indispensáveis à qualidade desejada de serviços e ações de prevenção e controle do câncer.

Uma política dessa expressão carece de estratégias de execução para lograr sucesso. A execução das diversas políticas de controle de câncer, no mundo, depende consideravelmente do estágio de desenvolvimento de cada país e de suas particularidades territoriais, socioculturais e econômicas. As estratégias vão desde uma forte centralização, necessidade de liderança pessoal e dependência de recursos estatais e externos, em países em estágios iniciais de desenvolvimento, até uma coordenação tênue, descentralização e orientação para o atendimento à demanda e incorporação tecnológica para manter a produção de bens e o consumo de produtos em países desenvolvidos. No Brasil, a dimensão territorial, a estrutura de saúde pública e os fatores socioeconômicos da sua população são condicionantes de uma estratégia própria e que se adéque às condições nacionais (KLIGERMAN, 2002).

Os elementos essenciais da estratégia brasileira para a execução da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) são:

1) Coordenação Centralizada;
2) Estrutura Pública de Saúde;
3) Ações Descentralizadas;
4) Recursos governamentais;
5) Ações normativas;
6) Prioridades.

Para o primeiro dos elementos, o Ministério da Saúde coordena, em âmbito nacional, as ações de prevenção e controle do câncer. Contribuem para a necessidade de uma coordenação centralizada a heterogeneidade regional do Brasil, em termos econômicos, sociais e

culturais e a distribuição desigual de serviços de saúde. O fato de o SUS atender mais de dois terços da população, inclusive na área do câncer, reforça essa situação. Foi para operacionalizar essa coordenação que o Ministério da Saúde atribuiu a função ao seu órgão setorial, o Instituto Nacional de Câncer (KLIGERMAN, 2002).

OINCA deve exercer essa coordenação apoiado em sua base técnica de serviços e programas. Entretanto, compreende-se que a estrutura que essa política requer não pode funcionar sem uma *estrutura pública de saúde ampla e resolutiva*, sobretudo sendo o SUS aquele ente majoritário para a assistência oncológica ainda mais necessária ao atendimento das populações mais pobres nas mais diversas e desassistidas regiões do país (KLIGERMAN, 2002).

O SUS, além de atender à grande maioria da população, foi fundamental para estruturar esse atendimento. Foi através da Lei nº 8.080/90, que ficaram estabelecidos os diversos níveis de gestão, o federal, o estadual e o municipal, e se definiram as responsabilidades de cada um desses níveis. Com essa lei, estabeleceu-se a lógica de funcionamento para a execução descentralizada dos serviços de saúde em qualquer estado e município brasileiros (KLIGERMAN, 2002).

Um outro elemento remete ao conjunto de *ações descentralizadas*, uma vez que a lógica do SUS obriga os estados e municípios a se estruturarem e descentralizarem os seus serviços de saúde. A mesma lógica é aplicada, também, às atividades de prevenção, detecção precoce e assistência ao doente com câncer. Com ações descentralizadas, também fica facilitada a interiorização das ações de prevenção e controle do câncer, pois a descentralização chega ao nível dos municípios (KLIGERMAN, 2002).

Por outro lado, a coordenação centralizada, apoiada em atos normativos pertinentes, atuando conforme a lógica do SUS e chegando até os municípios, permite operacionalizar os programas de prevenção e tornar adequado o atendimento ao doente com câncer. Essa operacionalização deve estimular a integralidade assistencial dos serviços básicos, preventivos e dos serviços especializados, terapêuticos – estes últimos integrados nos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (KLIGERMAN, 2002).

Uma forma de atender às exigências dessa estrutura, quando não há condições locais, é através da criação de parcerias, dentro dos estados, entre os estados, e entre estes e o gestor federal. Essas parcerias podem extrapolar a área assistencial e incentivar as demais atividades que completam o enfoque de integralidade das ações de prevenção e controle do câncer. De acordo com Kligerman (2002), os elementos essenciais das ações descentralizadas são, portanto:

1) interiorização;
2) integralidade das ações de prevenção e controle do câncer;
3) integração de serviços assistenciais;
4) parcerias.

Entram nas exigências, para fazer fluir essa estrutura, *recursos governamentais*, já que a contribuição financeira da iniciativa privada é pequena, assim como recursos provenientes do exterior, sendo a fonte principal de recursos a do orçamento da União, através do Ministério da Saúde, para as atividades e serviços referentes à prevenção e controle do câncer. O SUS, com a sua característica de universalidade, recebe a principal parcela desse orçamento. Isso, mais do que um fato, é uma necessidade ditada pela conjuntura atual do Brasil. É pouco provável que essas condições possam mudar a curto ou médio prazo, obrigando considerar o forte aporte de recursos governamentais como elemento indispensável da estratégia brasileira (KLIGERMAN, 2002).

Considerando-se a descentralização e o grande aporte de recursos governamentais, toda a estratégia só pode funcionar adequadamente com um conjunto de *ações normativas*, de responsabilidade do Ministério da Saúde, e que disciplinem a execução de ações em qualquer lugar no país. Tal regulamentação deve apoiar-se em instrumentos legislativos e incluir todas as ações existentes. Deve, também, prover o acompanhamento e a avaliação dos programas e atividades em curso para corrigir rumos e eliminar desvios. Em síntese, pode-se explicitar como elementos básicos das ações normativas os seguintes pontos (KLIGERMAN, 2002):

1) instrumentos legislativos;
2) atividades de regulação;
3) acompanhamento e avaliação.

Um outro elemento essencial refere-se às *prioridades*, que decorrem das diretrizes da PNPCC e focalizam, dentro da orientação geral dada pelas diretrizes, linhas mais específicas de ação. Essas linhas são importantes tanto para a formulação de planos plurianuais do Governo, como para orientação no planejamento de ações por parte de gestores. Pela situação descrita no Panorama Geral e pela Situação Desejada definida, as seguintes prioridades ficariam justificadas (KLIGERMAN, 2002):

1) estabelecer, em âmbito nacional, programas de controle dos fatores de risco de câncer (tabagismo, fatores alimentares, exposição às radiações);
2) estabelecer, em âmbito nacional, programas de detecção precoce de cânceres do colo do útero, mama, pele e boca;
3) propiciar condições para a prestação de serviços assistenciais integrados e expandi-los nacionalmente;
4) estabelecer mecanismos de regulação de fluxo de pacientes em âmbitos estadual e regional;
5) estabelecer sistemas de avaliação e vigilância do câncer e de seus fatores de risco;
6) estabelecer, em âmbito nacional, programas de qualificação de recursos humanos e de pesquisas básicas, clínicas e epidemiológicas.

Muito se precisou fazer, nas duas últimas décadas, para que o país pudesse dispor de dados, parâmetros e de mecanismos para superar um dos seus maiores desafios: estruturar e desenvolver o SUS, identificar problemas e priorizar soluções, ao mesmo tempo em que buscava planejar políticas públicas e a assistência à saúde. Para avançar nesse sentido, há de se ter em mente que Política é um instrumento de Estado, que deve ser o mais abrangente para ser

duradoura, ultrapassar os limites de governos e atender as aspirações da sociedade, ao longo do tempo (KLIGERMAN, 2002).

Todo esse esforço e a amplitude que essa política alcança, também traduzem a necessidade no país da ampliação da assistência oncológica, há muito já identificada como uma das prioridades da política pública de saúde, considerando-se a magnitude do câncer, em todas as regiões do país.

No sentido de atender a essa política, o INCA, vem, paulatinamente, amadurecendo os conceitos necessários a uma adequada atenção à prevenção e ao tratamento dos doentes de câncer, no Brasil. Os principais conceitos são, hoje em dia, adotados e aceitos com naturalidade, não só no próprio INCA/Ministério da Saúde (MS), mas em todo o Brasil. Esses conceitos incluem a necessidade de se enfrentar a problemática do câncer de modo abrangente, considerando-se, em conjunto, ações de ensino, pesquisa, informação, prevenção e assistência. É *a visão da integralidade das ações de controle do câncer* (KLIGERMAN, 2000b).

Também já é aceita, sem ressalvas, a noção de que o melhor e mais adequado tratamento para um paciente com câncer é conseguido integrando-se os diversos serviços assistenciais de que esse paciente venha a precisar. Esses serviços começam pelo diagnóstico e estadiamento da neoplasia maligna, passando pelos três tipos possíveis de seu tratamento oncológico, ou seja, cirurgia, quimioterapia e radioterapia, devidamente apoiadas nos chamados "serviços de suporte" e que se completam com a reabilitação do paciente, ou com os cuidados paliativos que trazem alívio e dignidade ao doente quando fora de possibilidades do tratamento oncológico. Porém, a transformação de ideias em realidade requer planejamento, ações concretas e tempo para executá-las (KLIGERMAN, 2000b).

O governo, além de manter as unidades públicas e de bancar todos os custos da prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer, no âmbito do SUS, executando ou remunerando diretamente pelos serviços prestados, mantém os programas de prevenção e detecção precoce do câncer, executados pelas secretarias municipais e

estaduais de saúde (sob a coordenação geral do INCA/MS, em nome do próprio MS); os hospitais universitários, públicos ou privados, no sistema da assistência de alta complexidade em todas as áreas, inclusive a oncológica e, especificamente nesta área, contam com os hospitais da Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer (ABIFICC), todos cadastrados no SUS (KLIGERMAN, 2000b).

Especificamente, quanto à integração de serviços assistenciais, o reconhecimento da importância dessa integração deu origem, da parte do MS, a diversos instrumentos legais, objetivando a reorganização desses serviços. Assim, foi criada dentro da estrutura do SUS, também em Oncologia, a Autorização para Procedimento de Alta Complexidade (APAC) e foram estabelecidos os critérios para que uma unidade prestadora de serviços ao SUS pudesse ser cadastrada como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). A partir dessas duas iniciativas, inúmeras normas vêm sendo elaboradas e aplicadas no sentido de se ajustar, no âmbito do SUS, o sistema da assistência oncológica à integralidade de ações e à integração dos serviços.

A base conceitual, associada às informações sobre a estrutura de saúde pública e às estimativas epidemiológicas sobre a incidência do câncer no Brasil, apoiada nos instrumentos legais existentes, permitiu ao MS estabelecer uma estratégia de expansão da assistência oncológica para todo o território nacional. Essa estratégia representou uma ruptura entre o modelo assistencial existente, baseado na oferta de serviços, e um novo modelo, agora baseado no atendimento da demanda. Isso porque a disponibilidade de serviços para uma assistência oncológica boa ou aceitável tem de ser ampliada, tendo em vista que, atualmente, o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer é insuficiente porque é centralizado nas capitais ou estados mais economicamente desenvolvidos, tornando-se, assim, a assistência oncológica parcialmente deficiente e deficitária a todos os doentes, que concorrem pelos mesmos serviços. Em radioterapia, por exemplo, considerando-se os extremos e as respectivas populações, estima-se,

em termos globais, que haja um déficit de 70% na região Norte e uma superoferta de 40% na região Sudeste. Esses percentuais são, respectivamente, 70% e 2%, no âmbito do SUS (KLIGERMAN, 2000b).

De tudo isso, porém, o que mais tem motivado a todos os envolvidos nesse projeto de ampliação da assistência oncológica no Brasil é a oportunidade de contribuir para um projeto que vai beneficiar, nos próximos quatro anos, quase quinze milhões de brasileiros, dando-lhes, caso venham a necessitar, a possibilidade de acesso a uma assistência oncológica adequada (KLIGERMAN, 2000b).

ENTRE O PÚBLICO, O PRIVADO, A TÉCNICA E O MERCADO

UNIVERSALIDADE, ACESSIBILIDADE, EQUIDADE E PÚBLICO: O QUE SÃO?

Responder o que são esses princípios é exprimir algumas noções que os mesmos assumem dentro da política de saúde. São elementos que permitem dialogar sobre certas condições da assistência às mulheres com câncer de mama, logo, se constituem como fundamentais para incorporar as reflexões nesta etapa do trabalho.

Inicialmente são apresentados esses princípios com a tradução dos sentidos que incorporam. Em seguida, apresentam-se algumas questões emergidas no contato com as mulheres no centro de referência, as quais propiciaram abordar aspectos fundantes da assistência. A partir dessas questões, problematizam-se esses mesmos princípios enquanto promessas e evidencia-se a problemática público – privado – mercado, que forma, na percepção que se tem sobre a assistência, o pano de fundo do modelo de saúde instituído aos brasileiros e, por conseguinte, às mulheres.

I UNIVERSALIDADE: caráter/natureza de assistência preconizada pelo sistema de saúde que visa a atender, indistintamente, a toda pessoa que necessite de atos profissionais de saúde através dos diversos níveis de atenção à saúde em todo o território nacional. Recupera a ideia de sujeito/cidadão de direito e

instaura a obrigatoriedade de uma atenção integral como preceito relacional e vinculado de todo o sistema, com vistas à resolutividade de problemas de saúde, mediante ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, garantidas mediante acesso universal por uma equipe e uma rede de serviços de saúde habilitados para tal fim.

II ACESSIBILIDADE: como ideia primária do SUS, pode se constituir, em poucas palavras, na redução de barreiras – geográficas, sociais, econômicas, culturais, organizacionais, institucionais; é também a expressão de um esforço de Estado, mediante ações políticas, para a maximização do potencial de trabalho profissional e da rede de serviços nos diversos níveis de atenção à saúde, para acolher e resolver problemas de saúde em diferentes graus de complexidade, visando agilizar procedimentos burocráticos, técnicos e biomédicos para uma assistência de saúde em escala prioritária aos perfis de adoecimento, regionais e populacionais, de maneira individual ou coletiva, promovendo saúde, prevenindo, tratando ou reabilitando pessoas, mediante todas as tecnologias disponíveis, através dos serviços próprios ou conveniados, tendo como fim as pessoas.

III EQUIDADE: aproxima-se do sentido de igualdade, mas se refere, primordialmente, à consideração dos sujeitos dentro de suas particularidades, enquanto sujeitos singulares, com necessidades também singulares, que não se manifestam de modo igual em outro. Noção de que os sujeitos não são todos iguais como sujeitos de necessidades, especialmente em saúde, em que cada caso ou problema de saúde, ou queixa, diz respeito a certas condições em que se traduzem seus modos de viver e de estar no mundo como sujeitos de direito, mas em patamares diferentes de prioridades (idosos, crianças, homens, mulheres, gestantes, acidentados, hipertensos, diabéticos – graus de conhecimento, uso dos serviços de saúde, cuidados com a saúde, comportamentos de risco, grupos vulneráveis por condições sociais, econômicas e políticas).

IV PÚBLICO: condição daquilo que é de interesse do público – das pessoas – e sob gestão pública – por representantes do público pelo público – mediante a definição de políticas específicas e de abrangência populacional

– criança e adolescente, mulheres, idosos, pobres – cujo interesse é melhorar a sua condição de vida e assistir suas necessidades de existência como seres vivos legitimamente representados por entes defensores de seus direitos nas esferas de governo e suas entidades representativas. Estruturam-se e organizam-se a partir de 'aparelhos de estado' (delegacia, escola, hospital, postos de saúde, assistência social) bem definidos e criteriosamente regimentados e estatuídos para funcionarem com servidores do Estado, por ele designados em regime próprio. São denominados de 'servidores públicos' (aqueles que servem o público – as pessoas), e devem honrar o bem público, conferindo-lhe transparência, licitude, presteza e agilidade com vistas a suprir as demandas dos órgãos que representam e das pessoas em seus variados níveis de necessidades, cujos domínios e especificidades consistam de uma instituição pública em condições de atendê-las conforme prerrogativas legais. Trata-se ainda de um ente cultivado pelo Estado como valor social no âmbito máximo da democracia e da gestão dos recursos oriundos da arrecadação dos diversos encargos pagos pelos cidadãos nas suas relações de compra de produtos e uso de serviços diversos. Esses recursos são administrados e distribuídos em forma de serviços de interesse público e para o público, com finalidade de atender às necessidades das pessoas – infraestrutura (estradas, ferrovias, pontes, transporte, aeroportos, água, esgoto...), saúde, educação, cultura –, mediante investimentos das esferas de governo conforme sua abrangência territorial e legislação – federal, estadual e municipal.

Mas, como se dá na prática essa promessa?

Para tentar responder a essa pergunta, é necessário evidenciar elementos que expressam a natureza do funcionamento do sistema de saúde na interface com o universo do mercado da saúde, quais sejam *o corpo, a doença, a mercadoria, o poder aquisitivo na compra de serviços definindo o acesso, a decomposição do sujeito a mero dado objetivo/objetivado e a máquina/técnica como eixo da assistência.* Esses são elementos para iniciar essa reflexão, pois expressam como aspectos da assistência às mulheres relacionam-se com questões macro do sis-

tema e seu modelo hegemônico de produzir atos de saúde e de assistência às mulheres com câncer de mama, tendo-se como indicador o próprio sistema de saúde.

O conjunto de informações abaixo (questão 1 – posse; questão 2 – intermediação; questão 3 – mercadoria; questão 4 – tecnomáquina), representam quadros sintéticos de uma série de afirmações sobressaídas em muitos diálogos e encontros com muitas mulheres. Ao longo dos seis meses de coleta de dados, essas informações foram se somando a tantas outras nas observações do campo de pesquisa; no contato com familiares, profissionais, acompanhantes, motoristas, grupo de voluntários a servir café, chá, pão e solidariedade: personagens, cenários, histórias e ideais comuns, de uma comunidade de destino, para utilizar, neste ínterim, o termo mais apropriado. Na verdade, sem essas "vozes", como afirma Santos (2009), esse conjunto de personagens e suas histórias, seria difícil conhecer elementos da assistência em outros desdobramentos, outros contatos, visto que as mulheres com câncer de mama não estão sós: muitos estão em seu entorno, com variados vínculos e percepções, experiência e expectativas, coragem e medo, esperança e fé, dor e renúncia.

Conversar com cada mulher que está sendo assistida é muito mais que apenas fixar o olhar em parte de uma luta que enfrentam, mas constituía possibilidade de, através de uma escuta cuidadosa (***vozes coletivas***), enquanto sujeito implicado, compreender como é constituída parte de sua vida – o adoecimento – e como este repercute quando necessita de cuidados médicos e como esses cuidados repercutem no que lhes tem a oferecer esse sistema.

Conseguir o que desejam via-sistema não depende só delas, mas de uma série de estruturas e profissionais. Nem sempre estes estão disponíveis no momento em que deles precisam e, se estão, é preciso acionar uma série de outros elementos para conseguir cumprir o que lhe será cobrado direta ou indiretamente, seja em forma de atraso ou negativa, seja na falta de atendimento em tempo hábil, seja na forma de má prestação de serviços, seja na negação de seus direitos ou na supressão da negativa carreando recursos para obtenção de serviços pagos no setor privado.

QUESTÃO 1 – POSSE

– Consumidor: *aquele que pode adquirir algo comercializável mediante pagamento, em moeda corrente, acordado entre partes: comprador e vendedor. Relação estabelecida pela necessidade do cliente, sendo o preço estipulado por conveniência do vendedor, que pode variar conforme valor do bem e tecnologia incorporada, status do vendedor/prestador de serviços e urgência da compra.*

Nota: no caso da saúde, a urgência designa o preço e o justifica, pelo fato – a doença, a angústia, a terminalidade – e não pelo direito – do paciente – de pagar por aquilo que lhe é possível por suas posses em condições justas mediante a impossibilidade de abrir mão de bens inalienáveis, a vida e a saúde, e, paradoxalmente, a obrigação do Estado de protegê-las e custeá-las fora de uma lei de mercado e no âmbito de uma austera política pública de saúde.

Voz coletiva

"Poder pagar é para poucos de nós. Mas, mesmo assim, a gente faz um esforço e tenta apressar algumas coisas, como os exames, que foram prometidos para daqui a alguns meses. Como o meu problema não podia esperar, paguei, mesmo sem poder (sou pobre), pelos exames, e aqui estou para o tratamento. E aí você sabe, não é? Aonde o dinheiro vai, tudo se resolve! E quem não tem, faz o quê? Eu, acho que morre! Infelizmente, essa é a triste verdade!".

QUESTÃO 2 – INTERMEDIAÇÃO

– "Amizade/conhecimento na praça": *situação em que se busca a outrem para intervir em uma situação que o sujeito por si só não consegue resolver, por razões diversas; situação em que o sujeito goza de certo prestígio ou apresenta dificuldade para acessar algo/alguém ou obter uma vantagem, um direito, e utiliza um ou outro como moeda/convencimento*

para obter favores, para ser apresentado, atendido, ouvido; pode vir em forma de troca; pode constituir uma negociação; pedido; acordo.

Nota: só conseguem acessar essa porta aqueles que gozam de um mínimo de conhecimento e/ou vínculo com algum agente do sistema e/ou com alguém próximo a este. Aqueles que não mantêm esse tipo de vínculo e não possuem quaisquer relacionamentos com esses agentes, continuam no *front* dos desassistidos ou dos tardiamente assistidos. Por outro lado, gozar desse privilégio, quase sempre, é acessar, de forma errada e desigual, o sistema, rompendo a ordem de atendimento e desrespeitando aqueles que enfrentam as longas e demoradas filas.

Voz coletiva

"Ter amigo ajuda a apressar as coisas, senão, eu não teria conseguido chegar até aqui. Tudo é muito difícil: é um vai para lá, um vem para cá, empurra-empurra, muitas dificuldades e nada se resolve. Se a gente não tem a quem recorrer, pedir socorro, é tudo mais difícil ainda. Conhecia alguém (de minha terra), lá da secretaria [de saúde], que me ajudou na marcação e carimbou alguns papéis para mim. Depois, me mandou para outro setor onde o amigo dele trabalhava. Prometi levar umas coisinhas – lembrancinhas, para ele... (ele foi muito gentil). No outro dia a marcação saiu e o exame foi feito. Se não fosse esse meu amigo e o amigo dele: nada feito!... e quem não tem?... bem, sei lá!"

QUESTÃO 3 – MERCADORIA

– Produto: *resultado de um esforço coletivo de trabalhadores mediante emprego de determinado tipo de tecnologia ou conjunto dela em forma de um bem, que pode ser adquirido, mediante compra, com preço previamente definido, sendo o poder aquisitivo o fator decisivo para que o comprador possa adquiri-lo.*

Nota: no caso da saúde, alguns bens/produtos, mesmo em abundância, são escassos do ponto de vista de sua aquisição por boa parcela

da população, considerando-se o funcionamento do mercado médico e sua lógica: capital e lucro. Muitos serviços e produtos médicos e hospitalares não estão acessíveis a todos os consumidores, pois nem todos têm a 'posse' que lhes garanta esse acesso. Mesmo que esse não acesso signifique piora do estado de saúde ou morte de alguém, o sistema capitalista que o gera mantém-se impávido, pois a **sua natureza e a natureza de sua economia são mortas**.

Voz coletiva

"Chegar aqui não foi fácil; quase uma eternidade. Foi preciso tomar um pequeno empréstimo para encaminhar as minhas coisas (procedimentos médicos e diagnósticos), numa dessas financeiras da cidade. Tive de deixar de comprar outras coisas, até minha feira e a conta do mercadinho, pois com saúde não se brinca; é coisa séria para esperar piorar, e se piora já viu: a gente pode morrer. E quem quer morrer? Não conheço um que queira! A gente sem dinheiro é nada, e ninguém liga se atrasar ou não o que a gente precisa. Do mesmo jeito, ninguém se importa em saber de onde a gente 'tirou' o dinheiro, só querem saber que recebem, e não é pouco não, ainda mais para quem é pobre".

QUESTÃO 4 – TECNOMÁQUINA

– Racionalidade técnica e emprego da máquina: *expressão utilizada para designar o conjunto de atos profissionais médicos focados na racionalidade científica, na determinação dos elementos que expuseram os sujeitos ao adoecimento, mediante emprego da máquina, visando atestar um diagnóstico circunstancialmente evidente de uma verdade atomizada e automata, cuja decodificação ocorre após o médico ter consentido poder/saber à máquina para exprimir aquilo que o paciente tem.*

Nota: nesses atos tecnológicos, a máquina torna-se o ator principal, o médico, o coadjuvante e o paciente, um derivado de ambos. Esses atos perfazem a relação entre médico e paciente: a) durante seu encontro

diagnóstico/terapêutico – feito para durar pouco, pois a práxis impõe distanciamento e não envolvimento com o 'outro', mesmo que se trate de doenças de longa duração; b) durante os estágios da doença: da latência até a sua expressão máxima – controlável ou não, curável ou não. Em ambos os encontros a doença é central, toma corpo e vida, é um ser fora do paciente; a doença enquanto ente nosológico no contexto de um corpo fragmentado e dissolvido do sujeito doente, que inexiste enquanto realidade concreta, subjetiva e relacional, posto como objeto de manipulação mecânica, expropriação, objetividade científica e médica. Para traduzir tal condição, uma frase pode ser válida:
Que queres tu, doente, se este corpo não é teu? Saiba que mais vale a máquina que te invade, que o saber que de teu corpo tenhas, pois ela mostrará a verdade, e bem saberás quão vago é o teu saber, pois flutua em certezas vãs, nas quais minha clínica não pode confiar, seja pelo instrumental que me confere ser o Deus que sou, seja pela erudição que minha formação tutela.

Voz coletiva

"O exame é só máquina, para tudo que se imaginar. A gente entra em exame, sai de exame, entra em clínica, sai de clínica, entra com um "monte" de papel, sai com mais papel ainda. A gente vê pouco o médico, é tudo muito rápido. Nesse vai e vem não sabe o nome de quase ninguém, vez ou outra tem algum mais afeiçoado ou com pena da gente, e esse conhece a gente. Mas a verdade é que nessas idas e vindas, é difícil conversar com alguém, ver olho no olho. Ninguém pergunta o que a gente tem, se está gostando, se está cansado, com fome, com dor de cabeça, com problema em casa. É um tal de tira a roupa, de veste a roupa, de beba isso, de beba aquilo, de deitar e levantar, de soprar, de subir, de descer. Virgem, nossa mãe, para que tudo isso? Disseram que o exame era assim, e só! Ou faz o exame ou nada anda".

Esses trechos/questões, a título de ***vozes coletivas*** – de uma '*gente-mulher*' –, expressam, como asseverou uma das mulheres do estudo "a quantas andam as coisas por aqui", ou seja, como ainda se

constitui a assistência que o sistema lhes oferece. Acessá-lo não é uma tarefa fácil e romper sua forma de conceber o sujeito e seus direitos é uma de suas questões centrais.

A partir da pergunta que questiona acerca do cumprimento da promessa, busca-se responder a que atende os elementos constitutivos da política de saúde em termos de seu caráter público, acessível e universal sob a égide dos seus sentidos anteriormente expressos, não obstante a sua relação com aquela condição através da qual se pretende discutir a assistência às mulheres com câncer de mama, que integram nosso quadro de análise.

Obviamente que não se pode arguir acerca de uma assistência elevada à condição de direito e obrigação do Estado sem que a vincule às promessas do sistema de saúde, ou seja, garantia de saúde em forma de lei, como expressão de uma carta magna, por consequência, saúde como bem público, acessível e universal.

A partir desse atributo/valor e condição imperativa e desafiadora, a saúde tornou-se 'meta' e 'luta'. Por tal natureza, ancora na arena de disputa e de interesses variados, não somente do setor público, porque também sofre com aqueles do setor privado, cujos valores não são, necessariamente, equivalentes aos seus princípios.

No contexto desses interesses, que não se afirmam e, caso se afirmem, não correspondem àquilo a que almeja o SUS. A assistência à saúde no Brasil foi instituída como direito mediante asseguramento constitucional e tem se transformado, ao longo dos anos, em um desafio, ideal e promessa, não obstante os recrudescentes problemas com os quais convive, apesar das sucessivas tentativas e ações empreendidas para torná-la acessível, adequada e, plenamente pública. Isso representa afirmar que se constitui em muito mais que uma expressão pública do público, mas a própria legitimação desse público em respostas que possam ser transformadas em 'práticas' de saúde, sob resultados efetivos da política e das ações junto às pessoas e à população. Nesse sentido e na emblemática luta que essas condições operam, o SUS tem sido visto como um processo social em construção (MENDES, 1999) e a saúde como direito e serviço (COHN *et al.*, 1999), cuja

efetivação depende da participação de atores sociais comprometidos com sua legitimação enquanto política e direito, construídos na conformação de uma ampla e renovada política.

Na perspectiva da política relativa à mulher, são exemplos dessas tentativas o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o Programa Viva Mulher e o Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. De forma mais extensiva, destacam-se, entre outras, a Política Nacional de Humanização da Saúde, a Política de Assistência Integral à Saúde do Idoso, a Estratégia Saúde da Família, originalmente com a denominação de Programa de Saúde da Família (PSF), que foi precedido pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC) e a Política de Assistência à Saúde do Homem. Esta última inaugurou uma nova abordagem no âmbito da política nacional de saúde, ao conferir valor a um público alvo historicamente negligenciado: o homem.

Todas essas políticas expressam, em maior ou menor grau, em maior ou menor efetividade, lutas históricas e negociações entre movimentos sociais, de classes e de governo para o enfrentamento de problemas prioritários de saúde conforme doenças prevalentes, realidades regionais, ciclo vital, sexual e reprodutivo, condições de gênero e possibilidades de reorientação do sistema, bem como em função das respostas do governo a esses mesmos problemas.

Representa, também, tentativas governamentais para corresponder àqueles princípios e promessas pelos quais o SUS se notabilizou e sobre os quais repousam muitas das esperanças do povo brasileiro em obter uma cidadania que possa ser expressa em forma de acesso à saúde como direito que lhe foi conferido. Justifica-se tal esperança, observando-se que esse sistema atende, majoritariamente, a um contingente populacional afetado pelas baixas condições sociais e econômicas, sendo a resposta pública aos seus anseios de acessar o sistema de saúde, muitas vezes, vista como um favor e 'presente/brinde' público e uma das suas prioridades de existência. Sob certas circunstâncias, esse acesso é a prioridade número um, porque resultante de outras condições de que depende e que precisa suprir para existir, das quais não pode abrir mão,

pois representam a própria possibilidade de continuar a existir, que é a própria saúde, mesmo que débil e desassistida.

Entretanto, mesmo enunciada como direito de todos e obrigação do Estado, a saúde ainda continua como promessa e enfrenta enormes desafios, com destaque para a não efetivação das políticas que a constituem desde 1988 até os dias atuais. Incluem-se nesse escopo, a má prestação de serviços que se desdobra ao longo dos anos e o persistente quadro de morbimortalidade de doenças que já deveriam ter sido banidas, como a dengue, a malária, a hanseníase e a tuberculose, afora o atendimento desigual às demandas e a distribuição não equitativa de serviços nas diferentes regiões do país.

Embora se tenha depositado grande confiança no SUS como possibilidade de transformar os anseios de décadas de lutas através de um sistema público e integral de saúde, garantido por iniciativas governamentais, o quadro atual de assistência retoma a agenda política e suscita dúvidas acerca da sua capacidade de cumprir suas promessas. Pode-se citar como exemplo a reorientação da política através da Estratégia Saúde da Família (ESF) que surgiu em 1994 com a máxima de "reorientar a assistência à saúde" através da "promoção da saúde" e da "Atenção Básica" (BRASIL, 2006d).

Até então, o sistema de saúde estava centrado na hospitalização, no tratamento da doença e em tecnologias de alto custo, que encareciam os procedimentos e não tinham impacto efetivo na base dos principais 'problemas de saúde' – suas causas e determinações – que afetavam a população. Hoje, é perceptível o aumento do volume de pessoas que continuam superlotando os hospitais com problemas que poderiam ser resolvidos no nível básico, além da falta de atenção à saúde adequada na maioria dos hospitais de média e alta complexidade, cujas especialidades não suprem as necessidades dos pacientes.

Quanto à atenção básica, salvo as previsões mais otimistas, ainda não é suficientemente estruturada para dar conta das demandas comunitárias, nem sua medicina tem sido capaz de desenvolver uma cultura de promoção de saúde e de compromisso com os princípios do SUS, apesar do aumento do número de equipes de saúde da família em

todo o país. Uma das consequências disso é o aumento de pessoas, não abastadas, lançando mão de recursos próprios para ter acesso a uma medicina capitalista, de alto custo que, paulatinamente e de forma sistemática, conforma um mercado de profissionais e produtos diversos suplementando e concorrendo com o serviço público de saúde, superlotado, frágil e ineficiente.

Por outro lado, a intensificação do uso da tecnologia e o aprimoramento das técnicas diagnósticas médicas ainda não estão acessíveis para boa parte da população, pois, ao contrário das demais tecnologias de consumo cotidiano – celulares, televisores, computadores, que estão mais acessíveis e baratas –, estão a cada dia mais caras, seguindo uma outra lógica de mercado, ou seja, a disposição das tecnologias médicas não resulta na redução de seu custo para a população, ainda que se avolumem a cada dia, em diversos *layouts*, marcas, revendedores e procedimentos.

Tal realidade pode ser constatada observando o contingente de profissionais oferecendo serviços (bio)médicos especializados, a multiplicação de especialidades que surgem (modismos) ininterruptamente, o grande conglomerado de complexos diagnósticos e médicos em todas as regiões do país, formando um mercado milionário crescente, na contramão de muitos outros segmentos da economia. O aquecimento desse mercado notabilizou-se, sobretudo, com o aumento da denominada medicina por evidência, que retomou o velho paradigma da técnica/máquina. Nele, destacam-se as investigações diagnósticas por imagem, que são a 'coqueluche do momento', sendo poucos aqueles destinatários dos serviços médicos que não tenham sido ou que serão submetidos a elas.

Esse avanço do capital médico é muito mais que uma prática; é uma normatização, e mais despesas, forçosamente criadas, em muitos casos, pela indústria médica de produtos e serviços. Da condição de cidadão com problemas de saúde à passagem à condição de potencial 'consumidor' de serviços e produtos médicos, qualquer um será objeto dessa experiência, mesmo que não deseje ou não saiba o porquê, pois será submetido a esse sistema médico-diagnóstico. No fiel da balança,

duvida-se da capacidade do setor público de reverter tal situação, sem um (re)arranjo institucional focado no seu propósito de ser público sem obediência a esse capital, que refrata muitas das possibilidades do sujeito de se realizar como cidadão quando precisa/tenta acessar o sistema de saúde para ser ouvido, esclarecido, assistido e cuidado.

Se por um lado, esse sistema se constitui como um bem público e deve suprir as necessidades sociais de saúde, por outro, precisa sobreviver, por sua própria previsão, da complementaridade do setor privado. Essa necessidade se constitui em um dos seus maiores problemas, visto que o público e o privado são setores que caminham em direções opostas: o público sem dar conta de suas promessas e solúvel em problemas estruturais políticos e de gerenciamento; o privado, focado na prestação de serviços mediante agenciamento negociável sob a lei do mercado médico, defendendo interesses mercadológicos; a saúde/doença como produto e valor financeiro, e o usuário/paciente como objeto mercadológico.

Sob a ótica do mercado, a saúde/doença assume outra feição: atributo de consumo; item comercializável; bem acessível pela condição de 'posse' de quem pode pagar pelo seu preço – variável sob certas condições (do valor/atributo, perícia, especialidade, fama, *status*, do serviço e/ou do profissional; do estado do paciente, do estágio da doença, da tecnologia que será empregada, das chances de cura, da duração do tratamento e da intensidade dos cuidados). Essas condições, sob certas circunstâncias, colocam em evidência as lacunas da política de saúde e renovam a necessidade de se pensar acerca de uma prática implicada com as pessoas, em que pese atentar a uma assistência/gestão 'democrática' e negociada/consensual/relacional de que tanto carece o sistema e, por conseguinte, os usuários/pacientes. Estes, a cada dia, mais crentes de que o privado pode e tem condições ideais para suprir o que desejam na resolução dos seus problemas de saúde; criticam e desacreditam do serviço público, desqualificando-o e secundarizando-o; envidam esforços para ter acesso a uma assistência paga, e não se veem como destinatários daqueles benefícios que o serviço público havia-lhes conferido.

Por outro lado, a intensificação [illegible] ainda não estão aces-

Essa é uma das principais questões a ser enfrentadas pelo sistema, sob o risco de perder seu ideário e a confiança do público e desabar. Mas será que é possível repensar esse sistema sobre a ótica dos processos disjuntivos e fragmentários que o mesmo opera, sendo esses problemas o resultado de sua prática? Cabe-nos indagar, e buscar respostas, longe dos interesses individuais e privatistas que, invariavelmente, rondam o setor, pois são temerários e cobram vigilância de todos em prol de uma gestão pública dos interesses públicos no setor de saúde.

Aproximando-se do pensamento de Merhy (2005), crê-se na possibilidade de gestões democráticas do setor público, observando-se que as 'sociedades', caminham para consagrar a imagem do privado como válida. Processualmente instala-se a ideia de que o público e o coletivo são ruins. No seio da dicotomia público e privado, deriva-se para o individualismo e nele expõe-se, como no caso da saúde, uma consciência relativa à sua corporação profissional ou política como ideia/aposta fundamental, se o que se deseja é a ação individual e coletiva, como maneiras de se produzir melhores formas de vida no plano individual, de acordo com coletivos autopoiéticos (MERHY, 2005, p. 6-7).

Para esse autor, no nível dos microprocessos em que operam os coletivos dos trabalhadores, é preciso que conheçam e submetam os processos vivenciados por outros níveis de coletivos a uma discussão, visando a indagar desde como são definidos e utilizados os recursos para as ações de saúde até como praticam a democracia. Defende que a "gestão democrática das intenções das políticas, bem como da operação do cotidiano dos processos produtivos em saúde, devem estar em questionamento o tempo todo nos coletivos, em círculos de tensões enriquecedoras" (MERHY, 2005, p. 7).

Mas, como Merhy (2007, p. 7) mesmo ressalva, "assumir essa condição tão necessária, também significa as transições tecnológicas centradas no capital com projetos centrados na vida". No âmbito dessa necessidade "enfrentar a globalização capitalística", a qual deve ser construída sob uma "nova lógica produtiva para o setor saúde", e que seja solidária e em defesa radical da vida individual e coletiva. Os saberes tecnológicos, que se expressam nas tecnologias duras, que são os

equipamentos, nas leves, que são as relacionais e nas leve-duras, que estão no domínio da clínica e da epidemiologia, "têm sido operados, em qualquer processo centrado no capital, em função de uma lógica dos procedimentos, sejam as dos atos dos profissionais de saúde ou as dos burocrático-administrativos." Ainda de acordo com Merhy (2005, p. 7), uma "forma de os coletivos interrogarem esses possíveis sentidos, em qualquer nível: no da política, da organização ou da produção do cuidado, é tomar como referencial o complexo modo de expressão do mundo das necessidades dos usuários, individuais ou coletivos". Para ele, aquelas necessidades e a produção do cuidado podem ser pensadas a partir das seguintes interrogações:

1) de que modo e com que capacidade o agir tecnológico contribui para satisfazer as necessidades de boas condições de vida e de se viver em processos sociais de inclusão?
2) como se constroem ações para encarar o outro como alguém singular, sujeito de direito e cidadão nominal?
3) de que modo se contribui para: garantir o acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação); poder acessar, ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema?
4) de que modo se produzem autonomia e autocuidado, contribuindo para a escolha ativa das maneiras de se "andar a vida"?

Desse modo, "pode-se submeter seu modelo tecnoassistencial a um olhar ético-político, centrado no território situacional dos usuários", que é o "lugar legítimo a definir o sentido e as intencionalidades" do que ele denomina de "*agires* em saúde" (MERHY, 2005, p. 7).

Na perspectiva dessas questões, refletir sobre como "socializar o estado e dar novos sentidos sociais para o privado"é essencial para as práticas em saúde e defesa dos direitos. Isso procede, pois se vê a

> [...] disputa que é travada no mundo entre a saúde como bem público, direito de todos e problema de toda a sociedade, e a do mercado, que a considera como bem trocável, é uma tensão central em todos os lugares. Porém, há que se reconhecer que a forma privada de prestação de serviços de saúde é um dado da realidade, não tão fácil de ser negado. Uma das questões-chave, em relação a isso, é o equacionamento de sua responsabilidade e compromisso com a natureza pública, do campo onde atua; além da construção social de distintas formas de regulá-lo, sob a ótica do interesse coletivo. Isto está inscrito na aposta de que a produção privada de serviços de saúde, nas suas intenções de comercialização, deve se pautar pela perspectiva da produção de saúde como um bem público (MERHY, 2005, p. 7-8).

Complementa afirmando, nessa direção, que regular o privado deve ser desejado como um ganho social, para aqueles que tratam da saúde na ótica do direito universal e equânime. É um tremendo desafio, mas não impossível, construir um caminho que não torna incompatível a produção privada de serviços de saúde com a própria produção da vida nos planos individual e coletivo. Em particular, naquelas sociedades em que a vida é vista dentro de uma lógica muito instrumental e nas quais só as de alguns são valorizadas, como um valor de uso inestimável (MERHY, 2005). Tal regulação requer compreender que certas realidades não podem ser simplesmente rompidas, mas conciliadas sob a égide da responsabilização social dos agentes operadores dessas práticas.

A produção privada de serviços de saúde deve ser enfrentada dentro do princípio de realidade de que as sociedades terão que garantir a responsabilização social de qualquer um que esteja operando nesse campo de práticas, inclusive os próprios serviços estatais, que, por si só, não são públicos nos sentidos que vimos tratando neste texto. Por isso, uma das aprendizagens é que só uma grande capacidade

de regular, do ponto de vista do interesse público, poderá impor certos percursos para os processos produtivos na saúde, implicando-os na produção autopoiética de seus atos (MERHY, 2005). Essa também é uma necessidade de gestão e não somente do conjunto dos atos dos coletivos de trabalhadores em saúde.

Desse modo, outras questões também podem ser colocadas para os gestores das políticas governamentais em saúde: suas atividades de regulação e controle sobre o conjunto dos produtores de práticas de saúde conformam o quê? Que direcionalidades estão sendo dadas para o agir tecnológico, implicando-o no mundo das necessidades dos usuários? Como os interesses econômicos e/ou corporativos dos empresários, gestores e trabalhadores do setor podem conviver com isso? A produção da saúde como bem público está sendo sacrificada pelos interesses particulares dos empresários e corporativos dos trabalhadores do setor? (MERHY, 2005, p. 7-8).

De modo ampliado, necessita-se de um conjunto de atores sociais aptos à defesa dos princípios de uma gestão pública e à produção de cuidados em prol da vida, tomando decisões importantes em torno das práticas médicas. Além do mais, é preciso decidir a partir do conhecimento e questionamento em torno dos valores, causas, princípios e interesses que defendem, para que se possa esmiuçá-las dentro da sua configuração mercantil, ou seja, sua mais fiel tradução.

Como bem expressa Martins (2003, p. 144), a questão é se decidir, de um lado, por uma medicina restritiva, que valoriza um imaginário utilitarista e mercantil e, de outro por uma medicina ampliada, que valoriza um imaginário solidário e democrático. Independentemente de qual seja a escolha, evidencia-se que a medicina utilitarista prevalece dentro de um acelerado processo que é o mercado médico como resultado do desenvolvimento do capitalismo biomédico, traduzido no modelo de gestão da saúde inspirado no "neoliberalismo e nos valores utilitaristas, apresentando uma tendência fortemente especulativa".

Trata-se da 'medicina mercantil', também denominada de 'medicina tecnoutilitarista' ou 'de capitalismo biotécnico'. Nessa corrente neoliberal, observa-se que "a partir dos anos noventa, não são mais os médicos

que tomam decisões em matéria de saúde, mas grandes empresas comerciais e financeiras, em busca de competitividade econômica, de redução de despesas médicas e conectadas com os mercados de ações" (MARTINS, 2003, p. 145). É nesse aspecto que incide a supremacia do interesse mercantil sobre o interesse científico

> [...] no interior do campo médico, em diferentes sociedades nacionais, a lógica utilitária tem inspirado a criação de mercados de bens e serviços médicos mais adequados aos novos interesses da indústria farmacêutica e do capitalismo médico em formação. A organização da biomedicina em especialidades disciplinares contribui para impor a racionalidade do lucro e do interesse, em prejuízo das práticas interpessoais e dos cuidados livres e espontâneos com o paciente. Isso foi possível graças à adaptação das especializações profissionais à divisão do trabalho industrial, facilitando a submissão da lógica tecnocientífica (própria do laboratório científico) à lógica do mercado (expressa pelo laboratório técnico), liberando a produção de medicamentos de quaisquer constrangimentos morais, políticos ou de interesse público (MARTINS, 2003, p. 145).

Não é de surpreender, como diz Martins, que a expansão recente dessa lógica utilitarista no campo da medicina precipita as mudanças de padrões e crenças culturais mundiais e nacionais, com efeitos em dois planos, que são o capital médico e a lógica mercantil especulativa.

O capital médico tem como núcleos hegemônicos os laboratórios farmacêuticos, as firmas produtoras de equipamentos médico-hospitalares, as empresas de seguro privado e grandes grupos hospitalares privados. Visa monopolizar as decisões sobre as pesquisas científicas, a produção de medicamentos e até o processo de diagnóstico e prescrição médica. A lógica mercantil especulativa toma posse

dos recursos públicos destinados à saúde coletiva, por meio de transferências sancionadas por projetos governamentais ameaçando a sobrevivência do modelo de sociedade medicalizada. É uma lógica que reduz as práticas médicas a um jogo de interesses econômicos e utilitários entre médicos-capitalistas e doentes-consumidores. Acumula capital médico, a exemplo das empresas produtoras de equipamentos e de seguros de saúde, e seu capitalismo opera mediante serviços para aqueles que podem pagar mais por eles.

Para Martins, "o modelo de gestão misto brasileiro bem ilustra as dificuldades de conciliar medicina pública e universalista com uma outra privada e elitista", uma vez que "os lobbies privados terminam manipulando a política de saúde em seu favor" (MARTINS, 2003, p. 145-146). Penetrando na medicina, o capitalismo cresce.

> Com o sistema alopático tradicional partilha a visão da doença como algo estranho ao doente; diferentemente da alopatia, porém, o novo sistema de cura biotécnico radicaliza o papel da tecnologia nos diagnósticos e tratamentos em prejuízo do saber técnico do próprio médico (tais diferenças constituem uma das razões da crise da 'clínica geral'). Ademais, a mercantilização das práticas de cura leva, crescentemente, a medicina oficial a se submeter a uma problemática visão utilitarista sobre o doente e a doença, na qual a distância metodológica entre médicos e doentes converte-se, progressivamente, numa separação entre produtores e consumidores. Nesse processo de generalização da axiomática do interesse no campo oficial, a especialização disciplinar da medicina clássica, herdada da tradição cartesiana, é utilizada como alavanca para reorientar a divisão do trabalho do capital médico, de modo a favorecer as novas linhas de investimentos econômico e

> tecnológico. O capitalismo médico impõe, assim, um modelo de saber técnico especializado sobre as doenças, o qual obedece a dois padrões: de um lado, uma rígida divisão disciplinar do campo científico e, de outro, uma compreensão utilitário-econômica do corpo humano, que dispensa as dimensões imagéticas, afetivas e emocionais (despreza, logo, a dinâmica do simbólico e das representações que organizam o imaginário humano). Por essa visão utilitário-econômica, a doença é representada como um inimigo a ser combatido e destruído, e não como uma manifestação de um desequilíbrio sistêmico relacionado com o contexto social, cultural, psicológico e ambiental (MARTINS, 2003, p. 146-147).

O sistema de cura dessa medicina utilitário-mercantil legitima-se, então, sobre a radicalização das distâncias e rupturas nas relações entre médico e enfermos. Tal radicalização contribui para que a interação médica interpessoal seja mais e mais desvalorizada, prestigiando-se, em seu lugar, a relação contratual interesseira entre empresário-médico e cliente-doente.

> [...] A interpessoalidade cede progressivamente seu lugar a relações funcionais movidas por interesses econômicos e utilitários, havendo como principal consequência uma fobia crescente dos indivíduos ante a simples possibilidade da doença (possibilidade que em si mesma é fonte de medo e estresse). Degradam-se, por conseguinte, os mecanismos políticos que asseguravam uma certa rotina saudável de reciprocidade das práticas médicas, envolvendo além do curador e do enfermo, familiares, amigos e vizinhos (MARTINS, 2003, p. 147).

Seguindo essa linha de reflexão, como expõe Martins, a atual aceleração das pesquisas científicas, sob a orientação dos grandes laboratórios técnicos, se escondem as estratégias de apropriação privada do campo médico e, por meio deste, do sistema de circulação dos bens simbólicos e materiais de produção de vida/morte. O capitalismo médico organiza uma rede que se estende desde a produção de medicamentos e equipamentos até os serviços médicos e hospitalares. Mas, ao se expandir, o capitalismo médico vulnerabiliza o aspecto mais característico da Ciência médica cartesiana – o da associação entre especialização disciplinar e rigor científico – na medida em que a especialização não está mais a serviço da Ciência e sim da acumulação de lucros. Assim, a antiga 'clínica médica' perde sua hegemonia no interior da modernidade médica, tornando o saber e a prática da medicina alopática confusos e ineficazes. Ou seja, ao contrário do que evidencia o discurso dominante, a especialização não favorece o aperfeiçoamento dos diagnósticos, sobretudo quando se trata de enfermidades complexas que não se enquadram nas nosologias dominantes, pois há um descompasso entre a lógica dos investimentos em tecnologia (que é a dos retornos lucrativos) e a lógica das doenças sociais (que é a do sofrimento da população) (MARTINS, 2003, p. 147-148).

No reconhecimento desse sofrimento como algo real para a população, reside uma das necessidades de se ter mais atenção para esse descompasso galopante no seio de uma sociedade aviltada, a todo tempo, por interesses antidemocráticos. Do ângulo dos problemas de saúde mais incidentais, como o câncer, urge reconhecê-lo como um daqueles mais afetados por essa razão mercantil e técnica, se tomado como doença muito dependente de tecnologias, que não são acessíveis para boa parcela da população: não recebe investimentos necessários do governo e não é contemplada pelos recursos tecnológicos da corporação médico-privada.

Para o Brasil, um dos grandes desafios a mais será o de conciliar, de forma equânime, os novos conceitos e técnicas científicas disponíveis com as expectativas individuais e coletivas, com a incorporação tecnológica necessária à sua aplicação e com a possibilidade de sua real

utilização. Isto, num país em que cerca de 80% do sistema de saúde, inclusive a assistência oncológica, são financiados por recursos públicos e que ainda não incorporou adequadamente a prevenção e detecção do câncer como rotina, posto que o sistema é eminentemente terapêutico e a recuperação da saúde é tida como um bem de mercado; sendo ainda, paradoxalmente, um país em que o direito constitucional reza igualdade numa sociedade ainda mergulhada em agudas situações de desigualdades e injustiça sociais. Um desafio superável, se legisladores, administradores, poder judiciário, produtores, fornecedores, prestadores, médicos e doentes tomarem para si a responsabilidade para com a discussão e condução de impasses e dilemas que permeiam decisões que dizem respeito a toda a sociedade (KLIGERMAN, 1999).

As dificuldades de um sistema, que foi concebido de uma forma e ainda não se encontra integralmente implantado como foi concebido, encontraram o seu ponto mais crucial com as contradições do modelo econômico. Às fragilidades estruturais do SUS (que nada mais são do que mais uma expressão das características estruturais da sociedade brasileira) somou-se a concepção e prática da saúde como um bem de mercado e não um bem público. Com tudo o que cursa paralelamente a isso (como os conceitos e recomendações, quando não exigências, emitidos pela Organização Panamericana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional), vivemos todos (os que utilizam, ou não, do SUS) a evidência do esgotamento de um paradigma técnico-científico que, se é racionalista e liberal, também se impõe limites (KLIGERMAN, 2000c).

Inúmeras contradições se somam, demandando do modelo técnico-científico o desafio de mudar o paradigma de se buscar a exclusão da doença e de se crer com a inesgotável capacidade científica e técnica de sempre superá-la. Dissociações entre o conhecimento (ciência), modelo (doença) e prática (doente) requerem novas formas de resolver os impasses entre gestão em saúde e incorporação tecnológica, bem como entre um sistema de saúde montado para a assistência individual, quando foi concebido também para a proteção à saúde coletiva (KLIGERMAN, 2000b).

Continuamos, porém, a repetir erros que países desenvolvidos cometeram, desperdiçando a oportunidade que o nosso atraso, em relação a eles, nos dá de enxergá-los com clareza. Veja-se o caso da detecção precoce do câncer de próstata e, segundo relato recente, também de mama, que não altera a mortalidade por essas doenças (e, pelo contrário, até as pode aumentar, pelo incremento de procedimentos médico-terapêuticos que resultam desnecessários e iatrogênicos) (KLIGERMAN, 2000c).

Podemos resumir em dois grandes blocos os nossos desafios: o de novos conceitos (essenciais para a definição do que precisaremos incorporar, ou desenvolver, em termos técnico-científicos) e o da superação da contradição maior que (ainda) existe no nosso sistema de saúde (e não somente no SUS) – a ênfase maior na doença, e não na saúde; a saúde como um bem de produção e para a produção, e não um bem público; o direito constitucional absoluto, que se anula na contradição de uma sociedade que mergulha em desigualdades econômicas e sociais (KLIGERMAN, 2000b).

> Por isso, a tarefa tem sua dureza, pois terá de contribuir, sem titubeio, no seu modo de operar no dia a dia a produção da saúde, com a produção de um imaginário social no qual a vida é um valor em si a ser preservada, sob todas as suas formas de expressão. E a melhor maneira disso ser constituído é respeitar e apostar na qualificação da vida de todos, na evidência de que todo produtor de atos de saúde, em última instância, protagoniza novos sentidos para o mundo, e como tal está profundamente comprometido com a possibilidade da sobrevivência da vida ou da sua destruição. Terá que apontar para outros caminhos que não os que as sociedades capitalísticas, incrivelmente instrumentais, constroem para o consumo da vida individual e coletiva. Ou seja, terá que mostrar a

> compatibilidade entre produzir vida no e com os outros, produzindo vida para o mundo como um todo. Muito ao contrário do que vivemos atualmente, no campo da saúde (MERHY, 2005, p. 5).

Os termos "êxito técnico" e "sucesso prático" referem-se a conceitos que qualificam as práticas de saúde cotidianas (AYRES *apud* SCHRAIBER, 2011). Permitem compreender, na assistência prestada, as opções profissionais e as concepções de 'boa prática' que estão em jogo em torno da articulação sujeito-valores, porque, quando o acerto técnico se recobre de sucesso prático, concorrem no agir profissional três importantes atributos: o de ser "interativo", "crítico" e "reflexivo". Todos dizem respeito às mediações entre os conhecimentos científicos e a prática profissional e também às escolhas dos profissionais para sua ação (SCHRAIBER, 2011).

Ao debruçar-se sobre a noção de "cuidado" e buscando esclarecer os aspectos convergentes e os divergentes entre práticas de cuidado e práticas de tratamento, Ayres (*apud* SCHRAIBER, 2011) aponta para a possibilidade de se alcançar êxito técnico sem que se alcance o cuidado, mais identificado a sucessos práticos. Mostra, assim, que uma resposta assistencial baseada em êxitos técnicos, em que a proposta terapêutica se resume à adequada administração, do ponto de vista científico, dos recursos tecnológicos (diagnósticos e terapêuticos e mesmo preventivos) é uma resolução de problemas de saúde (mais precisamente de patologias) de ordem diversa daquela do sucesso prático. É também uma visão terapêutica que se reduz a protocolos cada vez mais padronizados da ação, uma técnica resumida a instruções do como proceder, retirando-lhe a potência reflexiva (SCHRAIBER, 2011).

O êxito técnico está fundado no olhar e nos saberes da biomedicina da modernidade. Expressa a própria medicalização da vida social, ao fornecer uma compreensão de que os sujeitos sociais podem e devem ser tomados apenas em suas dimensões de corpo-organismo, o que se torna interpretação hegemônica dos adoecimentos. Na segunda metade do século XX, ocorre a progressiva transformação tecnológica das ciências e das técnicas, acentuando seu lado procedimental e mecânico e

estabelecendo o uso dos recursos tecnológicos como referência de boa prática (SCHRAIBER, 2008, *apud* SCHRAIBER, 2011), em detrimento da reflexão e da criatividade, nas abstrações das ciências (teoria e conceitos) e nas engenhosidades das técnicas (invenções de arte) (SCHRAIBER, MOTA, NOVAES, 2006, *apud* SCHRAIBER, 2011).

Em síntese, o êxito técnico refere-se a um sucesso em relação a um "como" fazer. Não faz parte de suas aptidões definir o "que fazer" (AYRES *apud* SCHRAIBER, 2011, p. 31). Na cultura da medicalização, a distinção entre este "como" e o "quê" se esmaece, já parecendo o mesmo. "O que devemos fazer" passa a ser compreendido por 'como faremos', de que decorre uma representação de boa prática profissional como aquela que escolhe e administra as tecnologias de modo adequado, cientificamente (SCHRAIBER, 2011).

Essa concepção de sucesso representa parte do potencial do profissional como sujeito, reduzindo-o ao empreendimento de encontrar as tecnologias adequadas, com base no diagnóstico da patologia. Por isso, significa uma adequação em abstrato: a todos os casos da doença, que já não são mais nem os doentes, nem aquele doente. O mesmo poder-se-ia postular por referência a questões de prevenção. Nessas situações, a mediação tecnológica do conhecimento-prática leva o profissional a encerrar seus julgamento e decisão assistenciais, ao identificar os procedimentos derivados da doença, não mais se indagando se, naquele caso e contexto, eles são realmente adequados do ponto de vista prático: serão adequados a outros casos análogos que já vivenciou ou compartilhou com outros profissionais (respeitando o seu 'saber prático' ou a arte da profissão)? Serão adequados à vida cotidiana dos sujeitos sobre os quais irá intervir? (SCHRAIBER, 2011).

São a essas perguntas que responde o sucesso prático, ao ser o alcance do outro, no projeto de assistir e na assistência prestada; o outro da relação, que se pode alcançar se e quando há interação, e a relação é intersubjetividade (AYRES, *apud* SCHRAIBER, 2011). Não é a realização do exclusivo ponto de vista do profissional que, de algum modo, 'convenceu' ao outro de sua razão científica e tecnológica, lembrando que este convencer raramente é se colocar em acordo dialógico com o outro,

como seria o exercício ético da autoridade, ou de poder nas relações de autoridades desiguais. Nos dizeres de Arendt (*apud* SCHRAIBER, 2011, p. 36): "O poder corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas para agir em concerto".

O exercício da subjetividade, em que o profissional se dispõe dialogicamente, não se dá como reiteração do que já é, como mesmice, mas como trocas e mudanças. A relação é, neste caso, intersubjetiva, em que o profissional, que já é técnico, já se vale da ciência e das tecnologias como a tradição da técnica, reage criticamente a essa tradição, pois se modifica como sujeito e modifica sua ação pelo que recebe do outro com quem interage. Este compartilhar atualiza a técnica, não o tecnológico. Repõe a técnica, inovando-a, ao dar-lhe nova engenhosidade, permitindo pensar o que fazer e o que não fazer com o tecnológico, por revestir-se de novos componentes para o julgamento acerca da intervenção (o que fazer?) (SCHRAIBER, 2011).

O agir compartilhado é a interação e permite a construção comum de valores quanto à assistência e seus resultados. Funda a ação, primeiro, em um 'que fazer' ao qual se subordina o 'como fazer', momento em que, então, serão buscadas as melhores formas de uso das tecnologias disponíveis, ou mesmo se há algo a se fazer, ou não, desse ponto de vista tecnológico. E, nesse sentido, será um agir crítico, o que não significa excluir as tecnologias, mas indagar de sua conveniência: será esta a tecnologia que devo usar neste caso? Será que devo usá-la neste momento do caso? Tais perguntas não anulam as propriedades científicas ou tecnológicas dos recursos diagnósticos ou terapêuticos, mas colocam dúvidas quanto a suas pertinências ilimitadas, apontam para limites de sua eficácia e oportunidade (SCHRAIBER, 2011).

Com isso, também se está considerando que no contexto prático, da vida cotidiana e de quando se apresenta à prática do profissional, o doente ou usuário do serviço é o sujeito da maior autoridade para dizer o que seria, em seu caso, um bom resultado da intervenção, o que realizaria seus sonhos e esperanças, sendo, enfim, um sucesso (SCHRAIBER, 2011).

Como aponta Campos (*apud* SCHRAIBER, 2011), há que se compor, e acrescentar-se com primazia outras modalidades de articular o científico à prática profissional para além da mediação tecnológica.

Concorda-se com sua afirmação de que a arte da técnica é uma dessas modalidades, tal como considerou-se acerca da prática dos médicos em particular, examinando seu duplo caráter técnico, no saber que provém da ciência e no que provém da experiência: saber prático (SCHRAIBER, 2008, *apud* SCHRAIBER, 2011). Nesse caso, a abertura a 'um outro' dá-se na relação que o profissional realiza consigo mesmo. Expressa uma prática reflexiva; o pensar sobre sua atuação, ao considerar seu saber prático, suas experiências anteriores, e refletir sobre a intervenção que fará, sem que esta se resuma apenas a usar os recursos cientificamente adequados. Essa é uma reflexão que, tal qual a prática interativa com o outro, leva o profissional a renovar-se como sujeito, evitando que, como agente de prática, reproduza sempre as mesmas referências assistenciais. Alguns médicos mencionam esse pensar como a recuperação de um julgamento clínico crítico, que avaliam como extremamente necessários à boa prática (SCHRAIBER, 2008, *apud* SCHRAIBER, 2011).

Efetivamente, a própria ciência se auto define em termos das certezas que consegue alcançar nos diversos ramos de seus conhecimentos e em quais casos. Mas já não pode assegurar se este ou aquele sujeito concretamente está situado dentro ou fora desses seus limites, para uma intervenção mais segura. E, sobretudo, ao consolidar-se como teoria das doenças, está muito distante de alcançar os desejos e as expectativas dos sujeitos concretos e particulares quanto aos resultados das intervenções. Em alguns casos ou situações, pode haver convergência e noutros não. O problema é que, de antemão, os profissionais não podem saber em quais convergências ocorrerá, daí ser relevante uma prática reflexiva (SCHRAIBER, 2011).

Mas expor a racionalidade tecnológica a alterações é difícil. De outro lado, é necessário para outra visão de boa prática, a de "cuidado" (AYRES, 2009, p. 31, *apud* SCHRAIBER, 2011), uma dupla referência: como cuidado ao outro e cuidado a si mesmo (o profissional). Esses dois sentidos de cuidado estão no agir que é interativo, crítico e reflexivo. Enfatiza-se que esses três atributos são conquistados pelo profissional, como opções de sujeito, não sendo qualidades naturais da prática em saúde (SCHRAIBER, 2011).

Demandando tais conquistas, estão alguns dos problemas contemporâneos que cercam as relações dos profissionais com seus modos de agir, tais como: a desumanização dos serviços de assistência e das intervenções profissionais, a crise de confiança nas relações com a supremacia dos meios tecnológicos, a alienação profissional no agir progressivamente parcelar e empresariado (SCHRAIBER, 2008, *apud* SCHRAIBER, 2011).

Em todos esses casos, há uma renúncia, por vezes relutante, em 'ser sujeito' nos vários sentidos antes apontados. Renúncia na qual os profissionais abdicam desta ou daquela parcela de poder decisório, pela adoção de exercício de subjetividade voltados para a reiteração de si mesmo como agente tecnológico e das suas necessidades individuais. De outro lado, é importante lembrar, como o faz Campos (*apud* SCHRAIBER, 2011), da existência de mais de uma possibilidade mediadora entre o saber e o fazer nas práticas profissionais, o que será sempre tensão nas escolhas do profissional e desafios para renovar-se como sujeito (SCHRAIBER, 2011).

No contexto dessas questões, Cruz Neto (2003) problematiza as dificuldades da relação médico-paciente diante das pressões do "mercado da saúde", revisando criticamente as relações entre pacientes e médicos, em dois aspectos: a formação/especialização e a relação pessoal dos médicos com os laboratórios da indústria farmacêutica, corroborando muitas das noções defendidas neste trabalho.

A princípio, aborda que a maioria dos "profissionais médicos integram e participam da funcionalidade do 'mercado da saúde'", e que "novos profissionais, na busca por esse acesso, enfrentam problemas já solidificados", uma vez que estão dispostos a "conquistar seu espaço nesse 'mercado', não poupando "esforços, desde a graduação, para adentrar o campo e participar da competição" (CRUZ NETO, 2003, p. 307).

Sem tempo de amadurecer seus conhecimentos, treinando-se com profissionais experientes, encaram como caminho lógico cursos de especialização que, muitas vezes, são mal estruturados e só aumentam o círculo de "especialistas" que dividem entre si o corpo humano, o que vem gerando o distanciamento da "boa clínica geral". O processo de interação dos profissionais é gradualmente substituído pelo domínio exclusivo de seu próprio "minifúndio". Na condução do tratamento,

frequentemente, após consecutivos desacertos e transtornos na "busca de vida" enfrentada pelo paciente, há uma opção de abandono/separação entre ambos ou o médico percebe suas incoerências e tenta construir um processo interativo para melhor entender e atender aos anseios do ser humano que se encontra sob seus cuidados. A vida com saúde é algo que só pode ser possível se for constantemente reinventada, num agir compartilhado entre os diferentes saberes (CRUZ NETO, 2003, p. 307). Por essa razão, o 'saber médico' na estrutura social é imprescindível, mas deve "ser bem conduzido e apropriado por todos".

No mesmo sentido, questionamos seu uso indevido, pois, frequentemente, atendendo a um "mercado da saúde" frenético por lucros, a doença é vista como um potencial gerador de rendimentos. Igualmente, a demanda do mercado reforça o tão debatido "poder do médico", que se realiza não pelo compartilhamento dos saberes e de excelentes pesquisas básicas e aplicadas, mas por meio de disputas pessoais previamente definidas nos espaços públicos e privados, do *empoderamento* das "vaidades pessoais". Como consequência disso, decorre o "descaso com o paciente, o menosprezo pelo seu sofrimento e as escassas buscas de alternativas que promovam sua saúde e garantam a assistência necessária." Desse modo, "o saber e o agir médicos são cada vez mais apropriados como meros produtos de mercado e geradores de lucros" (CRUZ NETO, 2003, p. 308).

Em alguns casos, o "estoque de conhecimento e de experiência" é desvalorizado, em detrimento do número e do tempo das consultas contabilizadas. O rodízio de médicos para se descobrir uma conduta mais apropriada e o predomínio dos procedimentos laboratoriais no desenho e na definição do diagnóstico vêm banalizando o papel e o lugar do paciente neste processo, através: (a) da limitação da capacidade de escuta, que ficou exclusivamente para psicólogos, analistas e terapeutas; (b) da redução do tempo de consulta; (c) da limitação ou interdição de escuta de informações subjetivas; (d) da dificuldade no exercício interpretativo dos achados; e (e) da perda da referência como ponto essencial. Vai-se um paciente, surge outro cliente? Quem pode e vai querer ficar com quem? (CRUZ NETO, 2003).

Quanto à relação pessoal dos médicos com os laboratórios das indústrias farmacêuticas, não objeta o avanço em torno do conhecimento das doenças e da eficácia dos medicamentos, por compreender que esta é prática benéfica. Entretanto, defende que a sociedade deve questionar a "forma, os objetivos e a alta capacidade manipulatória dos profissionais desses laboratórios" (CRUZ NETO, 2003).

Em muitos casos, são eles que definem a postura/receita médica em um espaço de tempo que agride os pacientes, 'furando', de maneira desrespeitosa, suas filas de marcação e de espera. Há sempre novos produtos gerados em tão curto espaço de tempo, que o profissional médico, com sua diversificada rotina de trabalho visando a melhores salários, mal tem como alimentar seu contínuo processo de ampliação, revisão e atualização de conhecimento. Em contrapartida, assistimos a vários profissionais enquadrando-se, exemplarmente, às exigências do 'marketing farmacêutico'. Esse campo de relações é diferencialmente disputado pela indústria privada, num setor que mais fatura no mundo e tem o olhar totalmente fechado para o significado e a importância social dos medicamentos e pelo setor público, que só recentemente vem crescendo e, mesmo assim, timidamente.

Por anos a fio, os gestores de políticas públicas e, especialmente, os do setor de saúde não consideraram essencial a existência de uma eficaz rede pública de produção e de distribuição de produtos essenciais à prevenção e à manutenção da saúde de todos. A efetivação dessa proposta demanda: valorização profissional, infraestrutura compatível, equipe profissional diversificada, planejamento adequado da produção, controle de qualidade do produto em suas distintas etapas de criação/produção, pesquisa continuada e distribuição garantida. Este é o momento de se retomar o esforço da conquista da saúde como tarefa do Estado e direito de todos, reforçando o espaço público de produção. É também para isso que o cidadão paga seus impostos, visando ter acesso a uma rede pública de qualidade e respeitosa (CRUZ NETO, 2003).

Para pensar a Humanização em saúde

As doenças crônicas e degenerativas, o aumento das iniquidades em saúde, a insuficiência das políticas públicas sobre as raízes dos problemas que as originam formam um enredo bem característico no âmbito daquele cenário que anteriormente fora discutido. Desde a necessidade de assegurar direitos em forma de serviços adequados e em quantidade apropriada às realidades regionais até aquelas questões relativas à (não) efetivação dos princípios que norteiam o sistema de saúde, o qual se mantém atrelado a um mercado da saúde, situa-se a assistência às mulheres com câncer de mama de que trata esse trabalho. Adensando essa questão, deve-se incluir o fator humano como elo dessa corrente que, obrigatoriamente, deve ocupar as preocupações de sua análise.

Afora o conjunto desses fatores inter-relacionados como expressão ampliada do sistema de saúde, tem-se outro elemento de importância central a termo dos princípios que se busca resgatar para situar essa assistência, quando a essa discussão se vincula o capital de toda ação social: o ser humano. Ao adentrar nesse percurso no âmbito da saúde, dever-se-á tratar da humanização que, há tempo, está delineada no bojo da política nacional de saúde e tem suscitado muitos debates acerca de seu estatuto de mudança e de sua validade enquanto *desejo de uma prá-*

tica nova em saúde, enquanto intenção e desejo do coletivo de idealistas, de usuários/pacientes e trabalhadores da saúde.

Obviamente que, não diferente daqueles conceitos abordados anteriormente, a humanização é uma dessas possibilidades surgidas no meio de uma série sucessiva de insatisfações com a saúde: 1) enquanto campo de formação profissional ou de serviço, na dimensão privada ou pública; 2) em sua esfera individual ou coletiva, como ideal e responsabilização, como ética da práxis, como politização de sujeitos (profissionais e usuários/pacientes).

É um conceito/princípio situado em um cenário permeado de interesses difusos, de inúmeros saberes e práticas que vigem fora de um equacionamento dos problemas a que se propuseram resolver. Representa um empreendimento coletivo e não escapa à condição de responsabilidade que cada um e cada grupo poderia absorver como melhor escolha de uma prática responsável, autônoma e emancipatória.

Dessa forma, são muitos e bem elásticos os atributos da humanização e não são poucas as suas intenções. Entretanto, a questão central é buscar compreender como ela se sustenta em um modelo de saúde com tantas pretensões e que, a cada novo termo cunhado, desnuda-se e revela sua própria insuficiência, ou seja, como estatuir um novo conceito no despencar de tantos outros: equidade, universalidade, integralidade e o público.

De forma extensa, a humanização surge como aquela possibilidade de (re)orientação das práticas de saúde, adentrando no âmbito da política de saúde, na gestão hospitalar e de recursos humanos, bem como na produção do cuidado com vistas a *ordenar/propor* – inter e intrasubjetivamente – certos fazeres em saúde tomando como referência o fator humano, tanto na perspectiva dos prestadores de serviços quanto dos profissionais e usuários.

Embora chegue a causar controvérsias, visto que há muitas interrogações sobre a (in)adequação do termo que objetiva a fazer humano o que já o é, a humanização é tida como a ideia/experiência em saúde contra a sua própria desumanização – do profissional e do usuário/paciente. É uma das matrizes críticas em torno das práticas profissionais, do

descaso com o 'outro' que adoece, das condições de trabalho e de assistência que afetam a ambos. Do ponto de vista da assistência, visa a suprir, pelo menos em tese, o hiato da incomunicabilidade, o exagerado uso da técnica, a fixação em procedimentos de ordem mecânica e a perda/falta de vínculo, que acaba por solapar o edifício necessário à própria assistência, ou seja, o humano deixa de tratar do humano como tal. Essa cisão, não acidentalmente, no curso daquela medicina empresarial, interesseira – mercadológica, econômica e financeiramente –, mas desinteressada dos problemas de saúde dos sujeitos dela necessitados, permite identificar, pelo menos, quatro características bem claras, as quais veremos a seguir.

1) Opera através de uma lógica econômica e fragmentada/fragmentária e se torna, paulatina e institucionalmente, um objeto/razão focado na especulação, que pode ser sintetizada sob os seguintes aspectos:

a) *o amplo espectro da saúde, promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cura tornam-se e são difundidos como domínios exclusivos da medicina capitalística; medicinas alternativas/complementares são consideradas 'um outro tipo', 'tipo qualquer', 'medicina sem valor'*[22]*. Tudo aquilo que está fora de uma comprovação laboratorial e científica nos moldes da biomedicina não existe. Para existir, ter valor e ser incluída no rol dos itens de 'valor médico' precisa (com) provar que exprime toda a força da 'indústria médica' sob*

22 Veja-se, por exemplo, as medicinas complementares ou alternativas, cuja prática é considerada assessorial. Veja-se também o valor dado às práticas tradicionais dos raizeiros e benzedeiras, consideradas como excêntricas e místicas, cuja eficácia não pode ser provada, some-se a estas a homeopatia. São práticas que expressariam valor se sua evidência pudesse ser atestada pela medicina científica, nesse caso, pelo seu representante maior, a corporação laboratorial-farmacêutica, a face mais evidente de sua função e de sua prática na desqualificação daquelas. Entretanto, uma prática dessas, a acupuntura, por razões mercantis, foi aceita e difundida no país, disponível em muitos consultórios médicos, inclusive com escolas renomadas formando muitos profissionais. Junto com as técnicas da medicina científica, auxiliam o mercado médico, capitaneando mais consumidores e aumentando as especialidades médicas, não pelo valor que a acupuntura tem em si, mas pelo seu poder de agregar valor à medicina mercantil.

o rótulo de produto por ela criado, ou seja, sob a sua tutela, com valor/ideologia/discurso, características, atributo e preço (bula, manual de uso)[23] *bem descrito e plenamente justificados para o custo que alcançam para as pessoas;*

b) *produtos e serviços demandam e são supridos pela ideologia médico-farmacêutica e laboratorial e se expandem em um ritmo frenético, quase impossível de se acompanhar, tantos e tão diversas são sua origem e suas promessas, assim como seu poder normatizador, que torna o usuário/paciente refém do que lhe é recomendado, exigido, cobrado. Se não cumpre o que a corporação determina, não terá seguimento assistencial*[24]*. Trata-se de um poder e de um legislar absoluto e, na maioria dos casos, irrecusável, já que o profissional/grupo que assim o exige é o mesmo que o executa mediante uma corporação instituída em função de um mesmo fim e focada nas mesmas estratégias médico-mercadológicas;*

c) *mercado monopolizado e corporativo impede saídas no âmbito da lei de mercado, ou seja, como falar de livre concorrência, se os produtos e serviços são criados, ofertados e executados pelo grupo conceptor e detentor do mesmo? Seus agentes estão em toda a parte e formam uma entidade poderosa, cuja força pode ser percebida quando se necessita de seus produtos e serviços.*

---

23 Saberes de médico e paciente são distintos, mesmo que se saiba que o paciente é quem mais sabe o que tem. Deve ele seguir uma série de recomendações, as quais nem mesmo sabe se poderá cumpri-las, já que a autoridade que o delegou deveres é alheia ao que pensa e como vive. É também instituída essa relação pelo poder da autoridade via normatização padronizada, ou seja, mesmos protocolos reproduzidos para pacientes distintos com, possivelmente, problemas parecidos, mas nunca iguais.

24 Elo frágil da cadeia de produção e prestação dos serviços médicos, nem sempre o paciente demanda aquilo que lhe resulta como prescrição, a exemplo de uma "imagem", tampouco cabe a ele recusar quaisquer outros procedimentos ou discuti-los. Menos ainda enfrentar com argumentos o profissional que o atende, pois tem medo de ser punido pelo resto dessa cadeia, visto ser sua corporação muito forte. Se acaso o deixar e não quiser mais seus serviços, por exemplo, terá muita dificuldade de ser seguido por outro. Por escolha ou não, terá que conviver, em muitos casos, mesmo que não mais deseje, com aquele profissional que o atendeu inicialmente.

2) Busca criar novas demandas, ordenando mais cuidados em saúde sem que justifique o modo como suprirá necessidades de saúde *daqueles inaptos financeiramente* para dar conta das exigências dessa mesma medicina.

a) *exclusividade e inovação: novos produtos e serviços são anunciados e, mesmo antes de estarem regulados/regulamentados, já são anunciados como objetos exclusivos, pois, de antemão, já se sabe o perfil de usuário que poderá adquiri-los;*

b) *numa escala ascendente, quanto maior o poder de compra do usuário/paciente, tanto maior será sua necessidade de consumo e suas despesas, bem como tanto maior será o número de profissionais que terá de acessar para obter o que deseja. Muitas vezes, resta a dúvida se eles (os profissionais) suprem a sua necessidade, ou uma necessidade daqueles que a criam e a suprem com seus serviços;*

c) *criação de novas especialidades: nascem da necessidade de absorver novos profissionais para o mercado médico, avolumando o número de serviços já instalados e inflacionando os preços pagos pelos consumidores/pacientes;*

d) *essas necessidades formam um conjunto que se pode denominar de 'necessidades médicas criadas'. Para absorvê-las e supri-las, as pessoas são consideradas partes parceladas para esse mercado, cujos 'nichos' não param de crescer e de ser criados. São as denominadas 'novidades de mercado', ou, se melhor couber, as tecnologias de inovação e os tecnólogos de última geração nascidos e criados em escolas hiperespecializadas, cujos títulos que conferem resultam de uma série infinita de novos cursos especializados de diversas naturezas (diagnóstica, terapêutica, estética).*

3) Alcança o cotidiano dos cidadãos mais comuns e se torna uma *verdade* quase inconteste e irrecusável. O discurso em torno de sua funcionalidade é tão eficaz que se torna essa uma verdade absoluta, ao se instituir como aquela forma mais adequada de se conformar a promoção da saúde, a prevenção, tratamento e controle das doenças – de todos os tipos – em que pese invalidar ou desacreditar outras formas de obter saúde.

4) Implica e repercute na forma do fazer-público em saúde, visto que muitos dos seus atores transitam entre um setor e outro e agenciam interesses individuais-corporativos (oligopólios, lobbies) com vistas a manterem vivos seus negócios, parasitando o 'bem público', quer seja através das concessões próprias do Estado e de sua não regulação efetiva ou através da contratação direta ou intermediada de serviços e produtos também negociados como itens de mercado – como aqueles em gôndolas – visto que também são incorporados como produtos disponibilizados pelo setor público e/ou pelo privado para o consumo pela população.

Como se pode constatar, abordar a humanização também é tratar de aspectos cruciais no interior do sistema de saúde, de estruturas invisíveis que não se podem ver em movimento como produtos tangíveis, mas como serviços à disposição em estabelecimentos de saúde de diversos níveis. Há de se considerar, pelo que se pode perceber, que a saúde já não é suprida tão somente pelo setor público, em que pese a crítica e a realidade da assistência dispensada aos usuários e pacientes do sistema.

No imaginário das pessoas, o setor público deve servi-los, mas pagar para ter atendimento não causa estranhamento e, parece óbvio, que não fariam questão de arcar com despesas no serviço privado para ser o mais prontamente atendidos[25].

25 O SUS não é um fracasso, apesar da insistente retórica que associa o setor público com o que não dá certo, com a má qualidade. [...] Suas insuficiências, filas, restrições de acesso, heterogeneidade da qualidade dos serviços públicos, despersonalização do atendimento servem de argumento para as alegadas indisposições das classes médias com o SUS e justificam a intensificação de vazamentos fiscais para financiar a privatização. Assim, as

É paradoxal e complexa tal situação, sabendo-se que se vive um momento de muita iniquidade na saúde, ao mesmo tempo em que se dispõe de tantos serviços especializados, profissionais e tecnologias. Ainda se torna mais complexa essa realidade, constatando-se que boa parte daqueles que são profissionais do setor público ofertam seus serviços no setor privado, tido, pelos pacientes, com mais resolutivo. Embora esse seja um aspecto que foge à proposta deste trabalho, vale ressaltá-la, pois se constitui importante elemento para a elaboração de uma análise acerca dessa questão.

No seio dessa encruzilhada, também é perceptível que a saúde alcança a condição de um 'bem' e, como tal, as pessoas conferem-lhe um valor, tanto o profissional de saúde como os pacientes. Por expressar esse sentido, a saúde passa a ser uma moeda e um negócio, ou seja, haverá quem a ofereça e quem a possa comprar/pagar. Mas, se tratando de condições nas quais as pessoas só possam suprir suas necessidades de saúde via sistema público, não resta a elas outra coisa a fazer senão dele depender.

E não há momento mais difícil do que o atual para tanto, quando se anuncia e se assiste ao desmantelamento do serviço público de saúde nas mais diversas regiões do país e que afeta as classes mais pobres, cujos aparelhos de Estado para protegê-los e atendê-los no cumprimento de seus direitos e necessidades nunca foram tão ineficientes e desumanos, e desse ponto já se poderia também retomar o que propõe como humanização de um sistema desumanizador e desumano.

Disso resulta, e não seria de outro modo, uma assistência deficiente, malogradas todas as tentativas de reorientação e conceitos emblemáticos e ideológicos do sistema. Nesse cenário, buscam-se outros protagonismos e espaços para 'novas esperanças', que são as expectativas de encontrar 'lugares e pessoas que façam diferente'. Nesse sentido, ressalte-se

restrições orçamentárias impostas ao SUS transformam-se em subsídios para dinamizar o mercado de planos privados. Temos duas políticas estatais de saúde que concorrem entre si. Qual delas será expandida para atender a nova classe média emergente? Para que 90 milhões de pessoas acessem planos privados de saúde, os subsídios indiretos são insuficientes. Abrir uma rota falsa de fuga do SUS não atende os pleitos de empresas ávidas por comercializar contratos que caibam no bolso desses potenciais clientes. (Trecho extraído do artigo ***O que está em jogo na saúde***, publicado pela vice-presidente da Abrasco Lígia Bahia, no jornal *O Globo*, no dia 22 de agosto de 2011).

que, mesmo na 'escassez de uma falsa abundância' há empenho de muitos gestores e profissionais para prestar a melhor assistência, comprometidos que são com os ideais do sistema e com o compromisso com o outro.

A propósito disso, vale retomar o que demonstramos na etapa acerca da avaliação da assistência, quando apontamos a satisfação das mulheres com câncer de mama com a assistência recebida no centro de referência onde estavam sendo atendidas. Refletimos que, mesmo em situações adversas do macro sistema pode-se, no micro espaço, onde flui e se dá a ação profissional, criar relações e vínculos mútuos e, na medida das possibilidades institucionais, individuais e coletivas, estabelecer uma cultura de trabalho baseada nas pessoas e, consequentemente, obter uma boa avaliação do serviço público pelo público que o utiliza. Esse seria também um ideal extensivo a todo o sistema.

Por outro lado, identificamos que a chegada até o hospital significou vencer muitas etapas anteriores ao longo de uma série de desafios para acessar o centro de cancerologia: muitas mulheres ficaram pelo caminho e não puderam acessá-lo.

Não se sabe quantas ficaram de fora, pois não foram incluídas nas estatísticas. O certo é que o olhar sobre a assistência às mulheres com câncer de mama requer esse olhar sobre o sistema. Como afirmávamos também anteriormente, além das questões acerca do que venham a ser público, equidade, integralidade e universalização, é preciso, naquilo que se propõe e se imagina possível nesse trabalho, questionar a quem cabe e serve a humanização em saúde, problematizando sua natureza e seus limites, enquanto conceito central, se não o mais importante para discussão acerca da assistência às mulheres com câncer de mama na complexa rede de saúde que integra o sistema.

Nessa rede, o centro de cancerologia, constituído de sua estrutura hospitalar, de modo geral, é aquele mais afetado pelas consequências das questões levantadas, cujos afetamentos são perceptíveis nas longas filas de espera para marcação de consultas e de exames, no prejuízo ao diagnóstico da doença em tempo hábil e no seu seguimento, se consideradas as condições inadequadas e insuficientes dos diversos serviços de assistência às mulheres no longo percurso até obter a assistência necessária.

Nesse ínterim, não obstante, inclua-se o fator tempo, enquanto elemento decisivo e contra o qual se luta quando o assunto é saúde e quando a preocupação em tela é doença. Há, ao se tratar dessa questão, de se considerar dois tempos, quase sempre inconciliáveis: o do usuário/paciente e o do sistema de saúde. O tempo do sistema é próprio do nível hierárquico e governamental que decide de uma esfera muito cômoda por não sofrer das mesmas dificuldades daqueles que dele precisam: os usuários/pacientes.

Do ponto de vista dos usuários/pacientes, sua questão urge de tal forma que não lhes resta outra coisa a não ser lutar contra o tempo para obter assistência com brevidade, mesmo que receiem acerca dela como desejam, pois sabem que o tempo do público não é o tempo de suas necessidades, pois não comungam dos mesmos interesses e necessidades, os quais são supridos de maneiras diferentes, ou seja, o sistema é alheio àqueles.

No contexto do câncer de mama, essas questões são ainda mais fundamentais, considerando-se que o diagnóstico precoce é uma das 'armas' mais importantes para interromper a doença e dar margens de segurança para a recuperação da mulher.

Além disso, a indicação cirúrgica não pode ser comprometida pela falta de cotas. Se a cirurgia atrasa ou não é feita, gera-se muito desconforto, dor e, possivelmente, morte, sem a adequada assistência.

Nesses termos, nem prevenção, diagnóstico ou tratamento seriam contemplados, mesmo sabendo-se que ambos são importantes e necessários. A partir disso, é oportuno indagar até que ponto esses elementos são correspondidos na assistência oferecida pela política de saúde? Desconfia-se do sistema em cumprir essa finalidade. Cogitar a incapacidade do sistema em realizar isso não é tarefa difícil, quando se constata, circulando nos corredores dos estabelecimentos de saúde, que uma das questões mais preocupantes para os usuários/pacientes é o desejo de serem tratados em suas necessidades de saúde como seres humanos de direito, em tempo hábil, com profissionais comprometidos e hábeis, em ambiente humanizado, sem atrasos e sem filas.

Por outro lado, esperam encontrar um outro com quem possam contar e em quem tenham confiança, visto que este deve se preocupar em ser resolutivo para o problema de saúde que se apresenta.

Esse outro se constitui tanto no profissional de saúde quanto em todos aqueles atores com os quais os usuários/pacientes contata durante sua jornada assistencial.

Nesse encontro, o conjunto de ações de que necessitam converge nos muitos protocolos que devem ser cumpridos sob certos prazos e muitas tecnologias, como um dos elementos da técnica. Quanto a esta, se constitui naquele tipo de recurso necessário entre tantos outros a suprir aquelas necessidades referidas. Quanto ao que lhe falta, é bem identificável: vínculo, comprometimento e responsabilização mútua.

Surge aí, outro problema, quando se expõe a questão sob esse prisma: onde estão e onde encontrar os vínculos de confiança entre profissionais de saúde e usuários/pacientes, e como torná-los parceiros? Eis outro grande desafio.

Obviamente não é possível estimar até que ponto essa questão é de uma única responsabilidade, caso se achasse estar sua resposta lançando um olhar apenas sobre os profissionais ou sobre o sistema. O mais correto é afirmar que se vive um momento de intensa valorização da individualidade e da posse, da fluidez e da volatilidade das relações sociais e humanas, margeadas por interesses sobre o 'aqui, o meu e o agora', do que de partilhas. É, precisamente, na expressão da natureza das relações entre os homens que se poderá melhor aportar a discussão acerca disso.

É inegável que se vive sob a crise das promessas de progresso e de desenvolvimento a propósito das garantias traduzidas pela modernidade, que possibilitou ao homem galgar voos mais altos, desde a criação à sofisticação da ciência, de sua tecnologia, cuja matéria mais expressiva é a máquina, em suas diversas formas, a qual permitiu ao homem mudar sua mobilidade, explorar novos territórios, explorar o universo e o universo da doença, quando se pensa o avanço da medicina moderna.

Vive-se hoje mais que ontem; compreendem-se as doenças como nunca em toda a história; multiplicam-se as formas diagnósticas e terapêuticas; acrescem-se os ramos médicos que esmiúçam o corpo humano e o dividem em partes cada vez menores (atomização ao extremo); vive-se a explosão da maior idade; especula-se acerca da qualidade

de vida e do corpo após a compreensão de que 'corpo são' é sinônimo de corpo vivo por mais tempo.

O paradoxal de todas essas conquistas é o duplo reflexo de sua origem: a ciência e a técnica. Foram estatuídas de tal forma, que se tornaram verdade cotidiana, desde os laboratórios de pesquisa até as indústrias, das casas aos supermercados, da farmácia até os hospitais. Elevaram-se à condição de mito, ao se esgotar em seu próprio discurso e verdade/razão e prática, e ao buscar subsistir sob seu próprio código, não obstante, a crise que sacode a ciência e as respostas que a própria sociedade lhe cobra, lado a lado da crise da própria medicina.

Mas como a partir desses elementos, buscar responder à tamanha problemática? Como interpretar essa razão e como conferir sentido às relações? Para responder a essas inquietações, deve-se tentar compreender a condição humana atual. Através dela é possível aludir que a crise da saúde não se faz por ela em si mesma, pois a saúde, enquanto estrutura social, é feita por pessoas, logo cabe situá-las como sujeitos, viventes em um meio fluido, descomprometidos da afetividade e do vínculo, tão caros ao homem contemporâneo.

A PERDA DE VÍNCULO

A medicina é formada por sujeitos que, em suas práticas médicas, são atores sociais e, e em seu campo de atuação, deveriam protagonizar sua autonomia, para não submergirem na técnica de cada ato. Porém o que se nota é uma noção há algum tempo perdida, pois se percebe que os médicos não estão mais no centro, como atores principais de seu ato, pois passaram a ser intermediados no âmbito de sua assistência; são vários seus substitutos, quando se visualizam as suas relações e a tecnologia.

> [...] a tecnologia na relação entre médico e paciente ou entre profissionais e que, afinal, representa um intermediário também na relação entre o médico e

> seu saber, além de seus equivalentes na esfera da organização e comercialização dos serviços médicos: a empresa, os seguros-saúde, o Estado (SCHRAIBER, 2008, p. 204).

Essa presença é inconteste e o que não mais a vislumbra é aquele médico liberal, representado na figura do 'meu médico' e não como o atual se formula: o médico da clínica X, o médico do convênio. Essas novas identidades passam agora a integrar as relações profissionais cuja característica central não é seu vínculo com o paciente, mas o que ele saberá ou sabe fazer a respeito do que aquele necessita. Esses intermediários se confrontam com sua própria prática e mesmo modificam sua forma de exercer seu saber e se relacionar com o paciente, que não mais é seu, mas do plano de saúde, por exemplo.

Sua presença acaba produzindo, no plano intersubjetivo, uma espécie de inversão de sentido da relação entre pessoas: não é mais o médico que se relaciona com o doente, levando para essa relação os conhecimentos técnicos que permitem sua ação; ele agora é um 'meio', um recurso para a relação dos pacientes com a tecnologia da medicina. Do mesmo modo, os pacientes se tornaram meios para os médicos em sua relação com o conhecimento – a ciência e as descobertas – e meios também para a relação do médico com as engrenagens empresariais para o exercício da profissão (SCHRAIBER, 2008, p. 204).

Essa é uma mudança substancial "no significado das relações entre indivíduos nessa nova prática e, com ela, mudam também, no pensamento dos médicos, a técnica e a percepção do que é problemático no trabalho" (SCHRAIBER, 2008, p. 204). Parece que, atualmente, a grande questão é a retomada dessas mesmas relações, se não dentro dos projetos da medicina liberal, ao menos dentro dessa nova ordem em que se torna evidente a questão da autonomia profissional que precisa ser recuperada, em meio às inovações e incorporação do avanço tecnológico, ao uso rotineiro e mecânico, em meio à necessidade do trabalho crítico e reflexivo. Afora isso, ainda existem:

> [...] a especialização exigindo um complexo raciocínio clínico sintetizador, diante da necessária recomposição dos dados, a dificuldade do excesso de informações e dados nos processos diagnósticos, trazendo as questões dos limites da tecnologia, a descontinuidade dos cuidados, com efeitos problemáticos na assistência, o consultório-empresa, a multiplicidade de empregos e a diversidade de situações de prática com o desgaste do trabalho (SCHRAIBER, 2008, p. 205).

Essas questões não se inscrevem apenas no âmbito das práticas médicas, pois atingem todos os outros profissionais, mas o ângulo sob o qual mais se focam gira em torno da medicina, dado seu poder hegemônico, em torno do qual tendem todas as demais práticas. Não se pode esquecer que esse também é um saber poder, e que, ao mesmo tempo em que é impactado por esse quadro, sua corporação é quem as cria. Logo, fazem parte dos mesmos problemas que ela suscita. É nesse ponto onde o trabalho reflexivo é ainda mais necessário em suas práticas rotineiras.

De acordo com Schraiber, é possível identificar, no âmbito do trabalho médico, pelo menos duas grandes questões: 1) é preciso "superar uma certa crise" que envolve o "jogo de saberes envolvidos: da tecnologia à experiência clínica do médico", e esta se situa no plano técnico-científico, não obstante, uma "crise de confiança abala tradicionais bases paradigmáticas dos saberes implicados na prática do médico"; 2) destaca-se a dimensão humana, em que "grande preocupação dos médicos são as interações – que se poderiam inscrever no terreno da comunicação" (SCHRAIBER, 2008, p. 206).

Essas questões são interdependentes, visto implicarem-se mutuamente, uma situação em que ambas são também complementares e recorrentes em seu interior relacional.

> [...] elas têm como fundo comum as formas atuais de relações entre indivíduos, em que meios substituem fins. Os mediadores das relações cindem a própria relação, opondo o plano do indivíduo ao plano da interação, quer na produção, quer no consumo dos serviços médicos. Uma reificação da tecnologia como um bem em si e uma subversão do sentido interativo das relações humanas – postas hoje como uma face a face entre "solitários", e não como "encontros" – revelaram a perda da relação de cumplicidade e cooperação antes vigentes. Instaura-se uma crise emblemática do momento: cujo sentido é a perda de confiança em todas as esferas relacionais: uma crise de confiança é a principal questão da medicina tecnológica, seja entre o médico e seu paciente, o médico e seus colegas e outros profissionais no trabalho e o médico e seu saber (SCHRAIBER, 2008, p. 206).

Esse é, infelizmente, o cenário recorrente do modo extensivo do pensar e fazer contemporâneo, mais agudizado nos últimos anos, inclusive na saúde, onde seus reflexos são ainda mais danosos, pois envolvem pessoas em situação de muita vulnerabilidade e necessitadas de outras – os profissionais de saúde – cujo saber resulta em sua prática profissional e toda uma série de outros elementos necessários ao cuidado com o humano. Depende este de uma prática relacional intensiva e extensiva, oportuna e conscienciosamente bem planejada e ofertada, desde o nível de formação profissional até a escolha e o exercício de suas especialidades.

Esse cuidado depende da percepção do que venha a ser humano, como centro do debate dessa mesma crítica, quando se busca refletir sobre as relações humanas e as interações necessárias para a convivência entre humanos em seus diversos encontros, entre os quais os de profissionais de saúde e pacientes são dos mais complexos. Nessa perspectiva,

essas questões assumem uma dimensão ética e é possível discutir o cuidado sob o ângulo de uma problemática ampliada dos limites relacionais no momento atual em que se vive.

Enquanto elemento que também se expressa por atividades técnicas e profissionais, o cuidado é um conceito central para a formação e para os atos de saúde, bem como para orientar a organização dos serviços e da assistência, na perspectiva das relações entre pessoas, partindo do pressuposto de que é preciso *cuidar do outro* em posição de alerta, compromisso e a mais intensa dedicação. Fala direto do contato interpessoal, corpo a corpo, do toque e da prestação de assistência profissional centrada na pessoa, o que exige um investimento no estabelecimento e manutenção de vínculos e de uma série de cuidados para com aquele que necessita de cuidados por parte do cuidador. Exige, portanto, alguém disposto a cuidar, ciente da importância do cuidado e do resultado de sua ação cuidadora na lida com o doente, que pode ser interpretada como a *arte de cuidar*.

Nessa perspectiva, não é difícil pensar no cuidado em saúde, caso se tenha bem definido o seu cerne: dar atenção ao outro, como a mãe com sua prole, o que também incorpora a ideia de proteção, 'colo' e abrigo. Necessita para tanto, no caso da saúde, da convicção de que esse outro, o doente, merece respeito e zelo, cuja vida é o bem mais precioso a ser preservado em situações diferentes de necessidades decorrentes da doença e da consideração de que dessa vida sucederam e sucederão tantas outras vidas que precisam continuar em novos ciclos. Logo, trata-se de uma expressão moral e de uma conduta humana fundamental que não pode abandonar a ética da vida, sob o risco de tornar inviável a própria noção de vida e de humano. Sem o cuidado, desenlaçam-se os atos profissionais e os vínculos dos sujeitos que se encontram nos estabelecimentos de saúde e nas políticas instituídas para a assistência à saúde.

Em tais estabelecimentos, circulam diversos personagens e muitas histórias, e a produção de atos parcelares e complementares, singulares e plurais, simultaneamente: de um lado, através de um que busca ajuda e atenção, o doente, cuja condição manifesta de seu

momento/experimentação anuncia que requer cuidado especializado, muita atenção e zelo ao seu caso, que mesmo sendo identificado sob certas condições diagnósticas, se manifesta nele de modo muito especial, ou seja, dentro de uma condição singular, só dele; do outro, por meio daquele cujo saber designa a capacidade de dispensar escuta, avaliar cuidadosa e pacientemente e intervir com a máxima competência, de modo a produzir atos médicos capazes de responder àquelas exigências do doente. A depender do caso, da complexidade e extensão do problema que apresenta, estas se multiplicam e exigem ainda mais daqueles atos, relativos ao ser-paciente, que cobra cuidado, e àqueles referentes ao que se entrega ao ato de cuidar – o profissional de saúde.

Na interação dos dois, durante a assistência, devem-se estabelecer atos recíprocos e consentidos, sob uma condição ética e técnico-relacional comunicativa, na medida em que a eficácia da assistência só pode consistir se ambos se permitirem nesse movimento de reciprocidade e consentimento e confiança mútuo, sendo essa uma premissa fundamental para elucidação e solução do caso ou problema de saúde.

Entretanto, a conjunção dos atos de ambos só pode fluir quando estabelecida dentro do mais alto grau de confiança e respeito, capacidade de escuta e de consentimento, mediante reciprocidade e verdade, sem os quais essa relação naufraga. Se isso não acontece, perde-se o processo e falece o enredo de que necessitam os dois. Rompe-se a relação e, possivelmente, mina-se uma série de possibilidades de reabilitação ou cura. Cessa-se uma série de outros tantos encontros, quando se imagina que esse doente é apenas um de uma série de outros que se encontram em situação de vulnerabilidade, que é a doença.

Desse modo, médico e doente são dois personagens viventes dessa experiência que também se dá naquela condição de encontro, no rol de tantas que constituem as relações humanas em um momento processual diferente e especial – o adoecimento. Esse processo provoca um tipo de encontro que, se o pudesse fazer diferente, o doente não manteria, mas como dele necessita, precisa tê-lo, por reconhecê-lo como necessário e inevitável. Logo, o que propicia esse encontro

é a necessidade de o doente ser cuidado antes mesmo de seu desejo em obter do médico qualquer auxílio caso estivesse sadio, ou seja, é a doença que provoca esse encontro.

Em relação à doença, ao buscar tratá-la, o doente busca o médico porque nele crê, deposita nele suas esperanças e nele reconhece sua habilidade e competência, credenciais que informam que o médico é aquele ser "apropriado" para cuidá-lo. Nesse encontro, o médico, além de tratá-lo como doente, lidando com ele enquanto ser ativo – e não como mero paciente/inerte – precisa reconhecer a doença como expressão de um conjunto interpretativo de ambos e não apenas como um ato único de um único personagem, e de reconhecer a doença enquanto dimensão que os implica e os provoca objetiva e subjetivamente.Essa dimensão é dupla, pois engloba a doença e o doente (doença ⇄ doente), ao contrário da expressão corrente doença/doença.

O doente convive com níveis de experimentação e de percepção/significado que atribui ao enfrentar a doença, aquele ente indesejado, contra o qual luta desesperadamente para vencê-lo. Nessa luta, necessita de parceiros, sendo o médico um desses, ao lado de quem pode aumentar seu "arsenal" de cura. Nesse sentido, a doença é contingencial, o doente não; é a expressão do que "tem" de problemático no corpo e que interfere em sua vida, de forma diferente e impactante, ao mudar todo o seu entorno existencial. É ainda um evento especial e nevrálgico, às vezes avassalador, e é a expressão mais forte de sua debilidade.

Trata-se de uma contingência, e é bem verdade que o doente procura o médico por crer na habilidade de ele que dispõe para suprir o que deseja a título de sua cura, sendo esse encontro marcado por esperanças: do médico em ter um "arsenal tecnológico" diverso, que possa corresponder à melhor intervenção e aconselhamento; do doente, em fornecer as informações necessárias que possibilitem ao médico obter a descrição de um quadro nosológico capaz de delinear uma conduta ajustada e eficaz, que o cure. E assim, essa é uma relação profissional e interacional que demanda do doente e se conforma no ato médico, mas é justamente por essa natureza um momento diferente, que carece de uma série de significações

à luz das experiências do doente e do médico, pois juntos precisam atuar para que brote dessa relação um transcurso favorável para interrupção do processo de adoecimento, ou alívio, ou sobrevida.

É por todas essas características um encontro movido pelo vínculo e, por conseguinte, exigente de uma postura ética, no desenrolar de tantos outros desdobramentos que esse processo cobra, sobretudo se se tratar de doenças crônico-degenerativas, em que a vida do doente carece ser ainda mais cuidada e autocuidada. Ademais, ambos terão que vivenciar e protagonizar papéis complementares e atuações conjuntas, mas que se observe a centralidade do ato médico, como decisivo para a condição do doente, porque dependente da perícia, do conhecimento e do cuidado daquele. E assim sendo, essa é uma possibilidade de se pensar o cuidado na relação médico-paciente e acerca da importância desse conceito para a assistência, que só pode se fazer como tal se imbuída desse desejo.

De modo geral, enquanto conceito relativo à toda a vida – da semente, da planta, da floresta, dos rios, do animal homem e dos outros animais –, que carece ser mantida e preservada, o cuidado envolve a compreensão acerca do sentido da vida e da morte, da dor e da calmaria, da saúde e da doença, do compromisso e do vínculo, da solidariedade e da esperança, da compaixão e da ética. Implica a própria noção de humanidade e de origem e ciclo da vida, ao mesmo tempo em que solicita comprometimento e uma razão nova de existência e uma nova identidade de pessoa, no sentido de sua renovação com conceitos universais, pouco a pouco perdidos em meio à dissuasão e complacência com a destruição da vida que ora o homem empreende.

Tendo-se esse panorama como realidade e tela/paisagem da vida, não é demasiado pensar um pouco mais aprofundadamente sobre as questões relacionais intra-humanos e extra-humanos, como um exercício da práxis do viver e uma obrigação moral. Se assim se proceder, verificar-se-á, sem muitas dificuldades, que se vive uma intensa crise do cuidado mútuo e do autocuidado, tendo o homem se descuidado de si, dos outros entes com os quais compartilha espaços e busca sobreviver, de ideais e de esperanças. Tem

esse homem, no contexto de relações atuais, como fim, a própria sobrevivência na evidência de uma lógica não planetária, qual seja a falta de uma macro visão de que se vive em ecossistemas codependentes e multidependentes, regenerativos e autorreguláveis e a necessidade de viver para conhecer melhor e se conhecer/reconhecer (ATLAN, 2001).

Em torno disso, imagina-se a crise ambiental, por exemplo, como o resultado da pilhagem da natureza e do conhecimento e das "monoculturas da mente" (SHIVA, 2001; SHIVA, 2003) e da inabilidade dessa espécie de preservar e conferir valor à vida e à vida da terra: a água, as matas, as corredeiras, as cachoeiras, os animais e sua recorrente luta no processo de adaptação, geração, degeneração e regeneração, que regula a própria odisseia da vida, incerta, viva no caos e na eterna expansão universal, cuja vastidão permanece desconhecida.

Como terrestre e lançado na aventura de viver, o homem é para o seu planeta aquela espécie que mais o ameaça e lança séria desconfiança e medo de ser ele mesmo o causador de seu fim, o *Armagedon.* Revela, com isso, seu descaso/descuido com um bem que lhe foi confiado gratuitamente pelo trabalho de centenas de gerações e de uma série de fenômenos que fizeram do planeta essa imensa nave, resultado de uma criação fenomenal (MORIN, 2001). Seus fluidos e energias geram vidas e as condições de sobrevivência de que precisam todos os reinos, que resultam de forças descomunais em um caos eterno, que a tudo ordena e organiza, como um imenso milagre.

Valeria, como bem faz Boff (1999), imaginar sobre que tipo de compaixão tem o homem pela terra, que metafórica e praticamente está em suas mãos; e a compaixão sobre si mesmo e sobre aquele(s) outro(s) ali, que são tantas vidas, que não apenas a dele próprio; e se pensar, na origem da vida: a terra, enquanto mãe que dá colo e em seu broto: a semente, como metáfora da própria vida. Shiva (2001, p. 65-66), cujo poema palestino 'Os guardiões das sementes', inserido por ela em seu livro *Biopirataria*, bem traduz essa noção, e achamos pertinente aqui incluí-lo.

Queimem nossas terras
queimem nossos sonhos
derramem ácido sobre nossas canções
cubram com serragem
o sangue do nosso povo massacrado
abafem com sua tecnologia
os gritos de tudo o que é livre,
selvagem e indígena.
Destruam
Destruam
nossa relva e solo
Arrasem
cada fazenda e cada povoado
que nossos ancestrais construíram
cada árvore, cada lar
cada livro, cada lei
e toda equidade e harmonia.
Achatem com suas bombas
cada vale; apaguem com suas censuras
nosso passado
nossa literatura; nossas metáforas
Despojem as florestas
e a terra
até que nenhum inseto
pássaro
palavra
encontre um lugar para se esconder
Façam isso e mais até
Não temo sua tirania
Nunca desespero
Porque guardo uma semente
uma pequena semente viva
que protegerei
e plantarei novamente.

E ainda acerca da semente e da vida, da sustentabilidade e da regeneração, vale também registrar o '*Rig Veda*, o hino das plantas que curam', "plantas medicinais" "como mães porque elas nos sustentam" (SHIVA, 2001, p. 67):

Mães, vós tendes cem formas
e mil crescimentos
Vós que tendes cem maneiras de agir,
curai esta pessoa para mim.
Alegrai-vos, vós plantas que dais
flores e vós plantas que dais frutos.

Afora essa crise da sustentabilidade e toda a crítica que provoca, nota-se que se vive uma crise de conexão com toda a teia da vida e que se necessita de uma "sabedoria incomum" para uma vida sustentável (CAPRA, 2010), cujos elos vão, pouco a pouco, sendo arrebentados, quando se imagina a falta de solidariedade e uma sociedade de pessoas sem vínculos (BAUMAN, 2004). Esse cenário é ainda mais preocupante quando se imagina a vida como mercadoria e a ética do consumo em um mundo de pessoas convertidas em consumidores pela ideologia consumista (BAUMAN, 2011), a perda do valor ético em torno do viver e da constituição do pensamento contemporâneo, irrefletido e reduzido, conduzindo a erros lastimáveis e irremediáveis (MORIN, 2002a; MORIN, 2001; MORIN, 2000).

Situa-se nessa condição a sempre nefasta guerra, que sustenta a ciência/indústria bélica e a eterna ameaça a povos considerados subdesenvolvidos e cujas riquezas (minas, solo, florestas, rios...) podem ser aviltadas, canibalizadas pelo capital e pelos soldados que "defendem" a paz e os territórios com a barbárie – sequestro, chacinas, mutilações, torturas, aniquilação e formas diversas de terror. Nessa mesma condição, estão as bombas atômicas, que ameaçaram a estabilidade geopolítica em sua guerra silenciosa, que durante décadas assustou a toda a humanidade, por já saber que elas ceifaram inestimáveis vidas e serviram para provar a verdade da ciência e a supremacia de nações hegemônicas a um altíssimo custo de vidas humanas, tendo passado incólumes os cientistas que a produziram.

Acrescente-se a isso, o holocausto, como prova inconteste da propaganda para fins militares, de cooptação, de persuasão tirana e de extermínio, que minou gerações inteiras; desintegrou suas histórias e suas fortunas, seus filhos e seus ídolos; transformou suas vilas e casas, museus e igrejas em ruínas e cinzas; lançou um cheiro de morte vaporizado das chaminés e a tortura e o sacrifício de milhares de pessoas submetidas a testes laboratoriais de toda sorte, que envergonharam toda a humanidade e toda a criação.

Haveria, de forma ampliada, uma crise identitária, mediante a qual seria plausível indagar: que tipo de referência media a relação do homem com ele mesmo e com seu meio, e como sua forma de pensar e fazer se constitui como crise de sua própria forma de ser o que é: humano?

No viver e experimentar contemporâneo, vive-se um momento que muitos expressam como o de muitos lugares e lugar nenhum (AUGÉ, 1994), a perda de referência e das grandes certezas do projeto da modernidade, além do paradoxo de oportunidade e crise que o mesmo impõe (GIDDENS, 2002; GIDDENS, 1991). A crise da emancipação (SANTOS, 2002), a necessidade de se conciliar e rever os paradigmas que norteiam e tornam parcelares ciência e religião e outras propriedades de cura, além de questões acerca do pertencimento, da célula, da molécula, dos seres grandes e pequenos, do macro e micro relativos ao universo e à vida (MORIN, 2005; MORIN, 2008; CAPRA, 2006a), a constituição do amor e da reflexão em torno da ciência, da política e da cognição (MATURANA, 2001; MATURANA, 2002), e da fraternidade e da (re)conciliação: com Deus, com a fé, com a vida, com o outro homem, que não aquele senão um **eu mesmo no espelho outro em que me vejo e nos vejo**.

Os princípios que norteiam o homem contemporâneo traduzem o momento que atravessa a humanidade, numa crise global das grandes referências, as quais elevam à condição de perplexidade os atributos que ora foram e são conferidos ao humano e, a partir deste, como se estruturam seus valores relativos à vida, à atitude relacional, à solidariedade, à religião e à ciência. São valores que conformam uma série de experiências que não mais se traduz como necessária, mas de exceção e de rupturas, de isolamento e de disjunção. As experiências de vida entre o homem e outros animais não são mais tidas como complementares, mas exclusivas

e independentes, convertendo-se em verdade absoluta.

E eis um grande problema: sem a necessária relativização e a decomposição da expressão do absolutismo de verdades, coloca-se em risco a própria existência, pois são reduzidos os conceitos necessários à vida ampla dos seres variados. Isso é ainda mais agudo se apenas se valida o conhecimento técnico-tecnológico e científico e a constituição de sua moral dicotômica (corpo-mente, corpo-espírito, ciência-religião, ética-consumo, ética-lucro, produção-sustentabilidade) conformada em sua assertiva equivocada de objetividade e experimentação, cujos reflexos podem ser traduzidos na miniaturização e coisificação da vida complexa na forma de objetos de consumo de diversas matrizes para variados usos. A condição de multiplicidade, multifatorialidade e multirreferencialidade é convertida em termos práticos e reducionistas. A propósito de dimensões da vida, vejam-se, a seguir, exemplos que se desdobram e bem traduzem o que se quer afirmar em torno disso.

A BIOTECNOLOGIA

a) O *grão-fim* – manipulação genética das sementes e o impacto do *agrobusiness* na vida do solo, da transformação da comida – modificada e nociva – desde o laboratório, alcançando fornecedores e vendedores até a mesa das pessoas, potenciais *consumidores de serviços de saúde*, os quais se tratarão de doenças causadas por essa mesma comida. Faz parte desse mesmo repertório, a criação de novos modismos – *trans, ligth, diet*, isotônicos em seu escopo dietético de redução de calorias, mas de um excessivo implemento de toxinas criadas em laboratórios, cujos malefícios são bem conhecidos da ciência e não são divulgados. Integra ainda esse rol, uma variedade infindável de tipos de comida para consumo com as mais diversas promessas e milagres. Estão à disposição das diversas faixas etárias e classes sociais, seguindo um padrão que possa ser incorporado por todos, sob um discurso de comodidade e instantaneidade.

A propósito disso, tornou-se comum a ideia do *'faça você mesmo em poucos segundos e obtenha o melhor que esse produto tem a oferecer com todas as calorias e benefícios necessários a seu gasto*

energético diário'. Essa é uma das padronizações da vida laboratorial, presente nos alimentos à mesa das populações, além do cardápio variado de *fast-food* que tornou marcas mundialmente famosas, as quais permeiam a imaginação de milhões de pessoas em todo o mundo, dada a penetração dos produtos que comercializam, os quais foram incorporados aos hábitos diários de vida contemporânea. Não coincidentemente, pois o corpo e a genética sozinhos não produziriam, verifica-se o aumento das doenças que desse cardápio resultam: câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, dislipidemias.

No contexto dessa gastronomia contemporânea e tecnológica, o ser gordo tornou-se um sujeito universal e mesmo em culturas como a oriental, formas tradicionais de alimentação estão sendo substituídas e modificam o perfil de morbimortalidade das populações. Fala-se ainda em seca verde, cuja característica principal é a comida em abundância dentro desse cardápio tecnológico, o qual resulta no aumento do número de pessoas alimentadas e, paradoxalmente, mal nutridas. Disso também resulta o aumento do número de pessoas doentes por qualidade de nutrientes ingeridos e a pouca nutrição da comida tecnológica abundante, restrita em variedades e em cores.

Acerca disso, veja-se a tendência das comidas a uma mesma cor, como aquelas destinadas ao público infanto-juvenil, o amarelo, que predomina nas gôndolas dos supermercados e muitos restaurantes, rica em calorias e conteúdo artificial de fabricação (corantes, conservantes, aroma, sabor, textura, formato, consistência, estabilizantes e outros). Afora essa questão global, e também, não coincidentemente, o nascimento de mega corporações da indústria alimentícia mundial no contexto da mundialização da cultura e da economia, muito se tem denunciado acerca da contaminação do solo e dos lençóis freáticos, o enfraquecimento e extinção de espécies nativas; a expropriação dos agricultores; a aniquilação dos valores ancestrais do cultivo da lavoura, dos rituais de colheita e culto aos deuses da fartura. Soma-se a isso, a crise de alimentos que afeta os países subdesenvolvidos e que tornam em flagelo a vida de milhões de seres humanos, sendo o exemplo mais emblemático a fome em muitas regiões da África, que causa a morte de milhões de pessoas;

b) A manipulação genética, o cultivo e a negociação da vida, do embrião a órgãos, como elementos especulativos que elevam os valores das empresas nas bolsas e aumentam o número de investidores e de acionistas. No contexto dessa valorização, transformam a percepção e especulação acerca da própria vida, do nascimento – os bebês inventados, a célula-tronco – do tratamento e da cura das doenças, transformados em elementos especulativos e mercadológicos, que lançam os laboratórios a uma procura frenética de novas descobertas e especulações financeiras, já que nenhuma busca se daria como possível se não pudesse gerar lucro e retorno dos altos investimentos, cuja expressão em forma de patentes é sua grande empreitada.

1 A tecnociência na vida cotidiana: as redes sociais informacionais, distantes/próximas física e territorialmente na infovia, que criam e ditam falsos vínculos e novos riscos; os seres biomecânicos: as máquinas que convertem diálogos em textos prontos e autorrecuperáveis em forma de dados dispersos intercambiáveis por *redes inteligentes* operadoras de milagres tecnológicos e novas promessas e *cabos e lentes espectrais* que invadem a privacidade de pessoas e instituições em escala mundial; a informatização da vida – a casa-escritório, o edifício-consultório-hospital, o celular (a máquina-tudo, o metal-biológico), a prescrição virtual, os exames imagéticos e os procedimentos teleguiados, conformando a nova vizinhança e a institucionalização da vida virtual, que nada tem de gratuita.

2 Inter-relacional: a conturbada relação entre o particular e o universal, o local e o global, o aqui e o agora, o hoje e o amanhã, a confusão entre escassez e abundância, o ideal de prazer e comodidade, de segurança e insegurança, a vida nas cidades e as doenças da modernidade: as epidemias modernas (depressão, fobias, homicídio, suicídio, acidentes mutilantes/incapacitantes e mortes no trânsito); a perda da vizinhança, as comunidades especiais e especializadas (os novos e completos condomínios) que, paulatinamente, vão se transformando nas novas 'muralhas', 'fortalezas' e 'presídios', novas formas segregacionais, cidades dentro de cidades, delimitadas e demarcadas para a diferenciação; o novo estrangeiro, que é qualquer um suspeito sob aquela que já se tornou

célebre frase: 'sorria, você está sendo filmado', ou seja, a princípio você é marginal, mas pode ser impedido de sê-lo com esse recurso e mesmo que insista em sê-lo, provas em arquivo denunciarão o que fez, e ficarão em seu encalço. Entretanto, nada terão contra você se agir dentro da normalidade que se deseja para se continuar essa relação. Liberdade vigiada, antecipação e refreamento de uma suposta ação, recursos de controle, violação da privacidade e do direito de ir e vir são termos que podem exprimir essa natureza inter-relacional.

Essas dimensões variantes perfazem e determinam as relações humanas e as colocam em xeque. Através delas, essas relações se elevam e se disseminam na forma de valores como o culto ao individualismo, ao consumo, à personalização do sujeito inerte/reprodutor, à posse e à despersonalização do sujeito enquanto pessoa, 'enquanto ser vivente', quando valores lhe são atribuídos de fora, criados por ideologias e impostos como atributos que o eleva à condição de objeto-objetado, logo, sem valor inerente que o traduz como humano, mas como realidade criada, irrefletida.

De certo modo, essas experiências conferidas nessa forma de valor-sem-valor, solapam a condição própria a uma existência plena de todos que vivem a jornada terrena e planetária. Todavia, a necessidade de uma sociabilidade nova ou de novas sociabilidades remete ao exercício de novas formas de enfrentamento dessas condições que traduzem essa mesma crise e que cobram a adoção de um esforço mútuo de múltiplas interfaces: ecológica, econômica, política, social, educacional, cultural e espiritual. Exercício este mais que necessário e também um enorme desafio, em um momento de tantas incertezas e de tantas iniquidades: guerras, fome, mortes, assassinatos, chacinas, violência, prostituição e corrupção, que abalam a crença e anulam, em muitas ocasiões, a fé do humano no humano.

Retome-se, a título dessa reflexão, o fenômeno do descuido no tratamento com as pessoas que adoecem, em cujas trajetórias no jogo da busca por 'atendimento médico' se mesclam interesses difusos que não consistem na preservação dos direitos que a elas foram conferidos, nem subsistem numa esfera ética, se confrontadas às necessidades de uma *moral assistencial* que não existe, ou numa prática de cuidado desconexa da noção de humanidade ou de humanização. Resulta ela dessa desconexão ampliada, por

meio da qual, múltiplos fatores ocasionam a perda das referências, alcançando as diversas formas de os sujeitos empreenderem suas atitudes e práticas, da qual a saúde faz parte. Orientam-se eles por uma base pragmática de realização de fazeres práticos que os transformam em sujeitos objetados e objetos/sujeitos sujeitados. Se assim é na vida cotidiana, em que o discurso de desconexão invade e vai, paulatinamente, congregando novas adesões silenciosas e irrefreadas, socialmente e coletivamente, vê-se que as resistências são minadas de igual modo, traduzindo valores não humanitários ou não humanizadores como ordem do dia e de realização de cada pessoa por si, e não de seu conjunto, sua comunidade.

Não obstante, é cômoda a expressão individualismo e consumo, se se pensa na complexidade do consumismo, que entra em uma outra ordem, além da satisfação das necessidades humanas. Trata-se de uma busca de esgotamento de fontes: ambientais, relacionais, corporais, subjetivas e comunicacionais. Como bem aborda Bauman (2008), o consumo é aquele ente necessário ao viver, pois sem ele não se vive. Entretanto, a busca compulsiva para a realização do viver através dele, torna-se um autodesmoronamento, pois as relações tendem a ser mediadas pelo encontro fortuito e pelo descompromisso, cuja intenção é de consumação, de posse, de deleterismo e também de esvaziamento e medo, a propósito do medo que hoje se tem de viver na cidade (BAUMAN, 2009). Vive-se assim da liquidez, do extermínio, da aniquilação e de uma outra ordem ética e estética, como um uníssono de vozes que vêm de todos os lados e de lugar nenhum, para todos e para alguns, ou para ninguém, dada a impermanência que estatui essa nova ordem.

Acerca dessa condição, não se trata de compreender, tão somente, o homem como essência, mas sobre quem é o homem e o que faz (ARENDT, 2008; ARENDT, 2010), sendo o fazer desse homem concreto que traduz essa mesma condição. Nesse mesmo sentido, sem pensar sobre os erros e as ilusões desse homem em uma nave chamada terra (MORIN, 2000) é impossível especular sobre suas possibilidades de existência e da existência dessa mesma nave, viajando a bilhões de anos em sua ancestralidade colossal e misteriosa. Sem pensar esse homem como um ser envolto e derivado dessa nave e apenas um capilar nesse

universo multicomplexo e na necessidade dele ser cuidado, é inimaginável pensar em cuidar de alguma coisa, quer seja de homem, de plantas ou de animais, quem dirá dessa nave.

Desse modo, cumpre ressaltar que o cuidado é um conceito que necessita ser recuperado e, a propósito do que se busca argumentar acerca dele, reafirmar que cumpre recuperá-lo na essência das relações humanas, logo, nas práticas de saúde. Nesse sentido, não custa retomar que só é possível pensar acerca desse homem (médico, paciente, cidadão, homem, mulher, doente, trabalhador, pobre...) quando se exprime dele o que lhe confere ser o que é: humano, espiritual, subjetivo, relacional e complexo. Entretanto, na medida em que se complexificam e aumentam as tecnologias que buscam 'facilitar' e tornar 'cômoda' a vida, não obstante a aquisição dos bens sonhados de consumo que diferenciam os seres nesse mundo líquido (BAUMAN, 2008), tornam-se ainda mais fragmentadas e pontuais essas mesmas relações, em que pese recuperar, nesse período de perplexidade, os vínculos nas teias da vida (CAPRA, 2006a), do homem simples, do cientista e do poeta.

Se pensar na vida a partir da mais simples criatura, terá o homem seu próprio reflexo, sendo essa uma condição para se achar enquanto 'ser homem', pensando nessa criatura simples como mais um elemento na cadeia de uma série de vidas que são igualmente importantes. Sendo assim, não há ser mais importante que o outro: nem o cientista, nem o lavrador, nem o médico, nem o paciente, nem o pai, nem o filho, nem o homem, nem a bactéria. Se pensar na natureza da natureza (MORIN, 2008), verá uma identidade autopoiética e uma relação imbricada de seres altamente sofisticados e com recursos operacionais sistêmicos cuja função é promover e florescer vida. Acerca dessa noção, não é demasiado lembrar da complexa ecologia humana, se pensada a cadeia de parasitos no corpo humano, dentro e fora, e que sem eles a existência não seria viável. Ainda mais extensivo é pensar essa cadeia com a complexidade de outras: as florestas; o ciclo das chuvas e dos ventos; o vai e vem das marés.

O que torna essa condição ainda mais paradoxal, é que os valores se perdem justamente no aprimoramento do homem em suas experimentações ditas como avançadas e completamente diferentes de outras do

passado, graças à capacidade de antever e modificar cenários futuros com suas descobertas e equipamentos inteligentes. Mas, a partir disso, em que momento deixou o homem de se ver como a si mesmo no outro e como operam suas condições de pensar em meio à massificação das máquinas e das tecnologias? Mas, afinal, de que se utilizam os índios, os mágicos e os poetas para explicar e lidar com os mistérios da vida? De que se valem os cientistas para explicar os seus objetos de estudo e sobre aqueles mesmos mistérios?

Bem, os primeiros entendem as suas insuficiências compreensivas, exaltam a vida, cultuam a beleza da natureza e lidam com os *mistérios como mistérios*, os fantasmas como realidades e os sonhos como maus presságios e/ou boas novas; os signos como cosmologia e astros que orientam a vida e o universo. Esses mistérios todos são traduzidos como estratagemas míticos e poéticos, cujos arranjos tendem a se integrar com o próprio mistério do universo. Assim fazem em parceria e conciliação, como com a floresta, que tudo dá e deve ser preservada, como ente irmã, donde tudo brota: os deuses e a cura estão lá, assim como na praia está a lua e nela a paixão que comove e inspira os poetas; os pós mágicos e as unções de que necessitam os magos e os curandeiros. Os segundos validam seu objeto, anulando-o, negando-o, subsumindo-o, encapsulando-o através da objetividade e da neutralidade. Negam todo aquele universo dos primeiros, pois são pura inspiração, especulação e subjetivismo, criação mítica e fantasiosa. Nesse círculo, pedra e pessoas são experimentadas com os mesmos conceitos, embora se saiba que gente não é pedra e vice-versa. Na medida em que os valores objetivos e neutros aplicados à pedra experimentada corresponderam àqueles aplicados ao humano, anularam o valor deste e o descaracterizaram.

Quando esses conceitos são aplicados ao doente, é obvio que os erros mentais e as práticas mecânicas são ainda maiores e dilatadas, além da extensão alcançada nos níveis de formação profissional e no treinamento acadêmico e científico sobre o 'corpo doente', pois os conhecimentos são aplicados sobre a doença, que alcança uma autonomia e sobrevive fora do doente, longe de seu domínio e de sua posse. Salta ele, da condição de proprietário de seu corpo à de estrangeiro em um território que é seu, cabendo-lhe a exposição do que é desconfortável

e incômodo de seu problema de saúde e esperar, da leitura que é feita do que ele informa, como seu corpo será manuseado. Enquanto objeto científico e técnico, seu grande atributo enquanto objeto de manipulação é de "ser paciente", ou seja, aquele que deve ter paciência e aguardar os desdobramentos das intervenções especializadas.

Nesse âmbito procedimental, o cientista vê e esmiúça a doença em um modelo de laboratório, que é o paciente em um leito de hospital, não diferente do daquela mesa fria nas escolas/instituições médico-científicas, nas quais se processam diversos experimentos. Nesse local, os estudantes o manipulam por intermináveis horas, aprendendo a lograr êxito com perícia técnica e não com fala ou vínculo (PATCH ADAMS, 1998), se considerar que isso é exigido como necessário no momento da aplicação daqueles conceitos caros à ciência: a objetividade e a neutralidade. E assim, o paciente se constitui como unidade objetada e não autônoma, visto atender às determinações da ciência, como aquela pedra sobre a qual o cientista aplica determinada força em dadas circunstâncias em função dos objetivos de pesquisa e/ou produtos que dela serão gerados. E se a pedra quebra? Não há problema: explicam-se os experimentos e discutem-se os resultados, tornando a experimentar outras tantas vezes até a obtenção do resultado desejado/provocado, mesmo que a pedra volte a quebrar intermináveis vezes. Mas se o doente se quebra? Lógico, ele morre.E se os conceitos são os mesmos para a pedra, tornarão a experimentar tantos outros doentes, posto que são pedras para a ciência. E se esses doentes, além dessa condição conceitual, forem pobres? Ah,a quem isso interessa? Quem sabe sejam considerados indigentes e quem sabe ainda se tornem um daqueles corpos experimentados naquelas mesmas mesas frias e que propiciarão conhecimento para aquele cientista. Mas, se lembrará ele disso?

Ao alcance dessa questão e todas as possibilidades reflexivas que a mesma impõe, pode-se retomar a abordagem sobre a forma pela qual as relações entre ambos se expressam. Possivelmente se encontraria na máxima do corpo-máquina uma oportunidade de aproximação sobre essa relação, sob dois ângulos complementares, como reflexo daquela noção conceitual-prática operada pela ciência.

3 O corpo-máquina do cientista: precisa recuperar e fazer valer os conceitos de objetividade e de neutralidade quer seja como instrutor, interventor ou inventor, para que seu objeto continue como tal, ou seja, objeto por objeto e não sobre a representação do objeto (vivo) e sua expressão real. Não se envolver é a regra e logo esse aprofundamento conceitual se constitui prática e alcança o objeto científico denominado corpo humano, transformado em partículas de aprendizado e de especulação teórica e normatização. É apropriado pela técnica e tecnologia, cuja 'arte de intervenção' não consente ir além da atomização e automação – de cientista e de seu objeto – em cujo escopo não ocupa lugar o cuidado, a cura e a magia, visto que estes não são validados por essa ciência e seus conceitos absolutos. Nesse cenário e sob esse enredo e atores com papéis bem definidos, os atos se repetem protocolarmente, um após outro, pelo conceito de reprodutibilidade. E assim, sucessiva e repetidamente, o cientista se anula como sujeito e objeta a si, ao mesmo tempo em que objeta quaisquer objetos, para que seu treinamento alcance o fim que almeja.

4 O corpo-máquina do doente: o doente não se autodenomina máquina, embora possa se imaginar como tal, quando (re)conhece como procede o saber/fazer científico, perante o qual perde seu trono e se invalida como sujeito. Antes o doente é assim denominado para que seja transformado em objeto de estudo, experimentação ou intervenção. Logo, transformado em máquina será, caso contrário não haveria êxito naquela conceituação e técnica/procedimento que a ciência outorga como poder de atuação/autuação para o cientista e de deliberação, no sentido daquilo a que deve atender o doente. Neste caso, será instituído ao doente um regime de abstinência de si enquanto corpo que será objeto de verificação de seus mecanismos e funcionamento. Suas articulações, se necessidade houver, serão refeitas, operadas ou consertadas através de atos que respondam às exigências daqueles mecanismos, como os de um relógio, cuja precisão não é autorregulada, mas antes tutelada pelo poder que a manuseia. Não deixará de ser relógio, permanecerá como tal, ou seja, mero objeto-máquina, e não lhe restará outra saída e/ou outro conceito ou outra possibilidade. Não lhe caberá modificar aqueles enredos, cenários e atores, pois

tudo já está orquestrado. É assim que tem de ser, porque prescrito, como o manual da máquina, que deve ser seguido pelo operador, com vistas a não interromper ou modificar os fundamentos e funcionamento das peças e dos 'mecanismos que dão vida à máquina'.

Em suma, ambos sofrem da mesma crise, enquanto máquinas resultantes daqueles conceitos e práticas, cuja rotinização e repetição são sua marca mais evidente. Entretanto, a quem cabe pensar, crítica e reflexivamente, essa dupla e imbricada condição? Não é uma questão fácil de resolver e se pode mesmo dizer que não há soluções prontas, fáceis de serem elaboradas e executadas, visto não se tratar de uma situação localizada e de uma única matriz ou problema. Mas é bem possível pensar na necessidade de novas operações mentais, e é nisso que vale imaginar quando se mira uma educação universal, cujos sujeitos – educadores, estudantes, gestores, cientistas se autorresponsabilizem e mutuamente aceitem os desafios.

Nesse sentido, não custa recuperar aquilo que preconiza a UNESCO (2012), quando se imagina a necessidade de se saber educar para um futuro, cujos passos adiante expressos falam de possibilidades, não custando, ao menos, consentir sua adequação para o momento particular de crise em que vive o homem contemporâneo.

Se educar é a condição para pensar um futuro promissor para a humanidade, devem-se investir todos os esforços para torná-la real e acessível para todas as nações, pois não se admite que ela seja 'uma ferramenta de dominação', de enriquecimento para poucos e empobrecimento de muitos. No mais, cabe decidir sobre o amanhã que se almeja, quiçá nutrido com atitude relacional e capacidade de vinculação.

Considerações Finais

A assistência às mulheres com câncer de mama faz parte de uma organização política e social complexa em um cenário de práticas e saberes distintos que vão do popular ao biomédico. Envolve-as, de um lado, enquanto usuárias e pacientes em suas muitas realidades de vida e de adoecimento – e necessidades múltiplas – e, do outro, envolve os técnicos especializados na doença, que devem suprir essa mesma assistência mediante a utilização dos recursos disponíveis. Desenrola-se no interior de um sistema público atravessado por interesses variados e soluções nem sempre desejadas, ou resultados que correspondam ao que se preceitua como adequado. Nessa condição, se situa seu próprio dilema, se consideradas as garantias que o mesmo estatuiu como projeto político e social, enquanto resultado histórico de um processo de lutas pela saúde como bem universal, público, gratuito, integral e equitativo.

Esse sistema está envolto em contextos relacionais e institucionais diversos que se fundem e formam uma densa teia, em uma série múltipla de fatores concorrentes – diagnóstico da doença, chances de tratamento e de cura, cuidados paliativos, qualidade de vida, reinserção e inclusão social –, os quais envolvem doentes, profissionais, gestores e instituições de saúde que conformam essa assistência. Pensar em torno de sua realização e como o público que a busca percebe sua oferta é oportuno e esclarecedor, por diversas razões, conforme apresentamos a seguir.

I. Quanto à assistência, a maioria das mulheres mostrou-se satisfeita, observando-se que o modo como foram tratadas no centro definiu essa satisfação. Essa condição positiva de avaliação deve-se a alguns fatores:

   a. ainda se tratar de um centro de referência de pequeno porte;
   b. localizar-se em uma cidade interiorana, onde as relações de proximidade e de amizade facilitam as relações sociais e profissionais;
   c. essa aproximação possibilita:

      i. a ampliação da rede de interação e de apoio social interna entre paciente-paciente e paciente-profissional e um cuidado mais atento;
      ii. maior facilidade de contatar e acionar esses agentes, se comparada àqueles de grandes centros;
      iii. esses fatores remetem à necessidade de que outros centros de assistência recuperem a essência do cuidado, tendo por base aquelas instituições onde os receptores do processo final da saúde – os usuários – conferem credibilidade aos profissionais através de sua avaliação, fator contribuinte para a melhoria dos serviços ofertados.

II. Por outro lado, a etapa anterior à assistência no Centro, dependente do itinerário ao longo da rede de serviços, traz implicações importantes para a resolução de muitos dos problemas que as mulheres apresentam. Uma dessas diz respeito ao acesso ao sistema de saúde, que não disponibiliza as condições ideais para a atenção de que necessitam. As mulheres devem, por essa razão, enfrentar filas e contratempos que podem retardar o diagnóstico e comprometer o tratamento futuro, o qual pode ser inócuo e ineficiente, se considerado o diagnóstico tardio e a falta de tratamento adequado em parte da rede assistencial.

III. A assistência, em um primeiro momento, é percebida de forma localizada e não de forma ampliada pelas mulheres. Dentro dos conhecimentos de que dispõem, da condição social e econômica, veem a assistência no sentido estrito ao atendimento recebido no Centro de Cancerologia. É nesse local onde realizam o tratamento de radioterapia e quimioterapia, depois de vencerem etapas sucessivas ao longo dos desafios de atendimento na rede de serviços do sistema público local de saúde. É um momento conquistado mais como vitória do que como direito.

IV. Por reconhecerem a conquista do atendimento no Centro como ponto positivo, tendem a não levar em consideração aquelas condições desfavoráveis ou recusas do sistema de saúde, que deveria fornecer para elas as condições necessárias ao acesso em toda a rede, sem quebra da cadeia assistencial, dentre as quais o Centro é só uma variável resultante e fundamental e, paradoxalmente, a mais importante. É que nele residem o 'arsenal tecnológico' e o pessoal treinado/especializado para a cura que esperam para a sua doença.

V. O agradecimento pelos serviços prestados, a condição de usuária de uma unidade pública de saúde (do governo[26]) e a condição de desfavorecimento em relação a outros estratos sociais com melhores condições de vida e de exigência são variáveis que influenciam na sua satisfação com a assistência recebida. Além do mais, é possível também que aquela proximidade dos profissionais e a manutenção de vínculos muito bem definida em torno de uma 'coletividade que se conhece e se nomeia' possam ser variáveis que as tenham inibido de fazer uma avaliação que pudesse contrariar esse mesmo coletivo, ou implicá-las negativamente por estarem se expondo e expondo uma realidade institucional e profissional incômoda, se assim o fosse.

26 É comum que os usuários mencionem que o "governo é bom" por estarem recebendo ou terem recebido determinado tipo de assistência.

VI. Some-se a essas, o fato de a disponibilidade de serviços e de atendimento serem vistos (na cultura local) como favor e não como direito. Inclui-se, nesse rol, a falta de condições de acessarem outras opções no âmbito da assistência do setor privado que, na esteira da demanda do público, é um concorrente potencial em ascensão. No seio da cultura vigente acerca da prestação de serviço do setor público *versus* o privado, há fortes indícios da supervalorização do privado, restando ao público ser um ponto de diferenciação: aquele do atendimento aos mais pobres – veículo/instância atendente da pobreza.

Esses elementos subjacentes e imperceptíveis para muitos formam o pano de fundo interferente para a ampliação do olhar das mulheres acerca da assistência recebida pelo SUS.

De todo modo, é importante que os atos profissionais tenham sido avaliados/percebidos de forma positiva, sabendo-se da crise que assola e deprecia os serviços públicos de saúde e o olhar que a população tem a respeito deles. Isso afeta a todo o tipo de ações da realidade onde se inserem essas mulheres, independentemente de uma necessidade de saúde específica. Nesse cenário, é recomendável ter unidades assistenciais com profissionais capacitados e comprometidos com essas mulheres para que possam acessá-las, quando precisarem, com a segurança de que ali poderão encontrar o que desejam e aquilo em que confiam.

O olhar sobre a assistência recebida é a possibilidade de conferir, através da assistência oncológica, dificuldades do sistema que, usualmente, não seriam cogitadas, e de compreender a importância de um trabalho assistencial focado na pessoa, como sujeito de direito. Outro ponto importante é refletir que certas condições operantes das contradições desse sistema dependem da intenção de percepção de dada investigação, considerando-se que é impossível lançar o olhar sobre determinado tipo de ação em saúde sem atentar para as outras operações que a atravessam. Significa que, para dar sentido à assistência, cobra-se o exercício de compreender como o sistema de saúde opera para conferir o conjunto de ações necessário à consecução dos

seus objetivos de assistência. Se considerada, minimamente, a tríade tratamento/acompanhamento/controle, que sintetiza essa mesma assistência, ver-se-á aquilo que melhor pode traduzi-la como produto de saúde no seio do sistema público.

Em sentido lato, ver-se-á também que essa assistência é bem mais que atos técnicos e operacionais objetivos, pois, além de técnica e tecnologia, requer um amplo conjunto de atividades em saúde coordenado sob os princípios do direito no âmbito da cidadania e do sistema de saúde, sobretudo para atender mulheres em situação de vulnerabilidade social.

No alcance do resultado que esses princípios operam, a fim de determinado objetivo ser alcançado (cura, tratamento, cuidado paliativo, aconselhamento, escuta), torna-se um ato social, profissional e ético dos mais importantes no seio de uma sociedade em que os direitos são elásticos e pouco efetivados, ao passo em que as demandas para tratar do câncer aumentam e assustam. Atentar a esses princípios, tão caros ao fazer em saúde e ao tratar das pessoas, é ter o resultado da assistência como a soma das ações parcelares de cada ato em saúde em forma de cuidados profissionais e técnicos especializados. Para assegurar aqueles princípios, esses cuidados não podem se encerrar em si, pois se estendem por uma gama de outras atividades correlatas de diversos especialistas, instituições e procedimentos, dos mais simples aos mais complexos.

Desse modo, tratar de mulheres com câncer de mama não é um mero fazer; é sim uma tarefa das mais difíceis, pois requer mais que habilidade: requer organização e compromisso profissional e institucional, a propósito da constatação de que esse tipo de câncer é um dos que mais assustam as mulheres, tendo em vista que seu tratamento modifica sua fisiologia, sua estética, sua história presente e futura. Afora essa condição, é necessário que cada procedimento especializado concorra para oferecer o melhor cuidado e alcance o melhor resultado dentro das condições de que cada profissional dispõe, visando salvaguardar aqueles mesmos princípios e os direitos legalmente garantidos às mulheres. Por essa razão, tratar essas mulheres é uma tarefa das mais caras ao fazer humano, pois se propõe a e deve lidar com vidas, para salvá-las, preservá-las, mantê-las, sob os mais variados níveis de atenção, sob a égide da dignidade humana e do cuidado.

No conjunto de uma rede intercambiável e fluida, deve ser conduzido todo um conjunto de atividades que visem ao bem comum em forma de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Por essa condição, é uma tarefa contínua que deve ser reelaborada e repensada a todo tempo, visto que a doença é um evento marcante, inesperado e indesejado, que modifica a história de vida de cada mulher. É um desafio individual e coletivo, cujos impactos vão desde a redução da capacidade funcional ao afetamento e declínio emocional, alcançando a perda de vínculos sociais e potencial produtivo, no seio de uma sociedade de consumo, longe da efetivação dos direitos essenciais, dentre os quais o da saúde e o auxílio à doença, tão imprescindíveis e inalienáveis.

Em se tratando de câncer de mama, a questão é ainda mais complexa, pois há todo um conjunto de dificuldades que são vivenciadas pelas mulheres, desde o diagnóstico até o tratamento. Entre um e outro, pode haver barreiras importantes como a falta de atendimento oportuno, que priorize a mulher como elo da cadeia de atendimento, com agilidade e recursos apropriados.

Acerca dessa condição no interior desse sistema, cabe colocar algumas condições importantes:

1) sendo o câncer de mama um sério problema de saúde pública e importante causa de morte feminina entre nós, faz-se necessária uma política de saúde coerente com as realidades regional e local, com disponibilidade de serviços especializados e capacitados para uma assistência adequada e resolutiva;
2) a condição da saúde, como direito universal e dever de estado constitucionalmente edificado, deve ser efetivada; deve ser mais que direito assegurado; deve ser uma realidade na vida das mulheres, não somente pela condição que ora apresentam, mas por sua condição de cidadã, de mulher e sujeito de direito. Na condição de doentes e mulheres, suas condições de assistência não são das mais favoráveis, como integrantes, majoritariamente, de uma população desfavorecida – e ainda invisível – enquanto parte de um público que busca o SUS e dele depende;

3) estatuir a assistência oncológica como prioridade é uma condição imediata, pois não é compreensível que ainda se conviva com a falta de vagas, de exames, de cirurgia e de tratamento, além da ausência de eficazes e contínuos programas de prevenção e rastreamento, afora o diagnóstico tardio e a falta de serviços especializados para o contingente que acorre ao sistema de saúde em busca dessa assistência;
4) suplantar a ideia depreciativa acerca do serviço público de saúde, dotando-o de uma qualidade e resolutividade adequados sob o conceito de bem público, universal, integral e equânime, mediante a organização e o aumento da oferta de serviços que possam dar conta daquelas mulheres que não conseguiram passar no 'gargalo' do sistema e sua limitação de cotas de atendimento;
5) efetivar os direitos ora assegurados, sobretudo por se observar que boa parte das mulheres não conhece os seus direitos enquanto pessoas com câncer, o que exige um conjunto de medidas de orientação no âmbito da política institucional e local, para que as mulheres e os usuários saibam quando acionar esses direitos e a quem buscar para ajudar a obtê-los. Para tanto algumas sugestões podem auxiliar:

    a) a elaboração de informes em formato de cartazes, *folders* e cartilhas
    - Cartazes afixados em toda a rede de saúde, desde as unidades de saúde que compõem a atenção básica àquelas de alta complexidade, atualizados periodicamente;
    - *folders* para distribuição móvel em pontos estratégicos da cidade e no âmbito da rede hospitalar local para atingir um público indistinto de pessoas para que possam acessar as informações acerca da doença;
    - cartilhas para orientação às mulheres em atendimento no Centro de Referência imediatamente ao seu acolhimento, com suporte de pessoal técnico apto a orientá-

-las e encaminhá-las quanto a direitos específicos, locais onde acioná-los, com respectivos endereços e telefones;

b) calendário anual para realização de campanhas educativas sobre promoção da saúde, prevenção, rastreamento, tratamento e informações atualizadas sobre unidades credenciadas e referenciadas para a assistência à mulher com câncer de mama.

Para tanto, é preciso ampliar a própria noção do que venham a ser ações no âmbito da política de assistência oncológica, visto que intervenções de baixa tecnologia não são incorporadas no cotidiano dos serviços. Essa imobilidade acaba restringindo o acesso das mulheres às instâncias que poderiam dar suporte para a agilização e resolução de muitos dos seus problemas. Dentre esses, os de seguridade e apoio social que requerem uma estrutura de serviço social ativa e equipada para atender à grande demanda interna, bem como assistencial complementar como os terapêuticos, a propósito dos serviços de fisioterapia, no auxílio às mulheres visando à redução de danos e de sequelas provenientes de cirurgia e de tratamento. Complementando esses aspectos, a instituição de um serviço de psicologia (cujo suporte ainda é incipiente, não alcançando a todas as mulheres) mostra-se relevante quando se imagina a importância da escuta, do acolhimento e das terapias antes, durante e depois das cirurgias e durante os tratamentos de radio e de quimioterapia.

Obviamente que essas não são soluções fáceis do ponto de vista de sua realização imediata, pois se sabe das deficiências do financiamento e da falta de recursos, que imobilizam gestores e profissionais na sua disponibilização à implantação e/ou reorientação dos serviços e de ações complementares e necessárias para o cuidado integral à saúde das mulheres. Vive-se de recursos escassos, o que obriga a uma gestão restrita à supressão de necessidades imediatas e, literalmente, essenciais/prioritárias, focadas sobremaneira no procedimento cirúrgico e nos tratamentos radio e quimioterapêuticos para garantir às mulheres que esses macro elementos procedimentais sejam disponibilizados.

Por outro lado, há de se retomar que as mulheres ora atendidas não representam a totalidade das mulheres que, efetivamente, buscaram a rede de serviços por interesse de atendimento oncológico. Muitas passaram por, pelo menos, dois tipos de triagem/seleção:

I. DO SISTEMA: aquelas que se submeteram às filas e às fichas de atendimento para os serviços da atenção básica foram, de algum modo, encaminhadas àqueles da média e alta complexidade, onde se submeteram às filas e às fichas de atendimento para autorização da realização de exames de onde, logo após a senha de permissão, acorreram a clínicas e centros especializados para a realização de exames complementares e tratamento. É possível que nesse caminho muitas tenham desistido, por dois motivos centrais, como afirmaram:

   i. o prazo para fazer o exame era longo demais, e nem mesmo a possibilidade/promessa de recebê-lo a longo prazo garantiria que o contato com o médico especialista seria imediato, o que as obrigaria a um novo itinerário de filas e de fichas para marcação de acesso a ele, com prazo incerto, improvável ou tardio, o que requereria paciência, resignação e espera. Acaso houvesse necessidade de procedimento cirúrgico, recomeçaria aquele processo de fichas e filas. Obtendo sucesso nessa empreitada, precisariam torcer para que seu momento de chegada ao tratamento radioterápico e quimioterápico não fosse concorrente com o de outras candidatas em situações iguais às delas. Nesse caso, teriam que esperar as próximas mulheres que estavam finalizando o tratamento, a partir do qual seria possível estimar o início de seu tratamento no centro de referência;

   ii. vencer esses percalços obrigaria aquelas que não desistiram de um tratamento a buscar o serviço

privado, e a levantar recursos financeiros para custearem as despesas necessárias, que não são poucas, para agilizarem a cadeia de eventos que se seguem desde a consulta, exames complementares, cirurgia até o tratamento.

II. DO CENTRO DE REFERÊNCIA: elo da cadeia sem poder de modificar a realidade anterior representada por aquela trajetória das mulheres do nível primário ao de alta complexidade onde o CENTRO se institui. Como dependente das cotas de atendimento disponibilizadas pelo sistema de saúde, o Centro de Referência tem de administrar recursos escassos e submeter as novas candidatas a uma espécie de processo seletivo para acesso às vagas:

a) mediante o recebimento daqueles recursos escassos no atendimento dentro de um patamar autorizado por esse sistema;
b) sob as condições reais (e não as ideais) de estrutura física e de recursos humanos de que internamente dispõe;
c) mediante a utilização daqueles recursos oriundos daquele mesmo sistema;
d) sem utilização de fontes alternativas.

É nesse fulcro que se define a condição de assistência oncológica e a partir dele pode-se pensar acerca das dificuldades e possibilidades da assistência às mulheres. A partir delas, vê-se a necessidade de novas formas gerenciais e de novos arranjos institucionais ao longo de toda a rede. Entretanto, não se constitui essa uma tarefa simples de ser conduzida ou efetivada, sabendo-se dos interesses difusos e da apropriação do sistema por agentes operantes em prol de grupos e setores privilegiados, quer seja sob a forma de *lobbies* de corporações médicas, clínicas e laboratórios, ou de interesses políticos, sobremaneira na já folclórica e danosa/corrosiva 'política de favores'. Esses agentes são desvinculados dos interesses do público e das reais necessidades

populacionais e se constituem entraves importantes no processo de desenvolvimento e aperfeiçoamento do sistema.

É imperioso, portanto, ressaltar a importância do Centro de Referência na assistência às mulheres com câncer de mama para toda a região, bem como a necessidade de se ampliar o olhar em torno da política de assistência oncológica no âmbito local. Do mesmo modo, importante é deferir atenção especial à vigilância dos novos casos da doença e às garantias para a supressão da deficiência do sistema de saúde, para que as ações desenvolvidas por esse Centro possam ter resultados ainda mais positivos. Para tanto, tome-se por referência uma política integral e equânime, da parte ao todo, indissociavelmente, sem desconsiderar seus níveis de complexidade, interdependência e complementariedade.

Por fim, esperamos ter respondido à questão norteadora do trabalho, qual seja: *"Como se dá a assistência a mulheres com câncer de mama em um Centro de Referência no estado da Paraíba"*, cujo *locus* de pesquisa foi um hospital escola, em Campina Grande, onde se encontra o referido Centro, para ver como se dá a assistência e suas particularidades. O contato com o universo da assistência, na confluência do contato direto com centenas de mulheres (e homens) com câncer de mama (e outros tipos) configurou um cenário muito rico de informações que se estendeu por mais de um ano desde o início exploratório à realização da pesquisa, sendo o hospital e sua movimentação de pessoas e de doentes um grande laboratório de investigação.

Nesse compasso, enquanto esperávamos as mulheres a serem entrevistadas, passamos horas sentados nos bancos; caminhando, observando o movimento de ambulatórios e corredores, as conversas, os encontros e os desencontros: filas, ansiedade, medo, solidariedade, morte, dor, sofrimento, além do que já conhecia.

Foram momentos bons e proveitosos, pois no hospital nos defrontamos como pesquisador, como sujeito, como cidadão, como crítico, como colega, com homens e mulheres que buscam e oferecem assistência. É a expressão da vida e do homem complexo, da codependência e da ética da vida de que tanto falamos; são os nossos viveres, saberes, práticas e experiências que se somam e nos convocam a pensar.

Essa questão se adensou ainda mais quando, na condição de pesquisadores, passamos a ser sujeito dessa experiência (não é possível separar o inseparável), ao retomar a mesma rotina de muitas daquelas mulheres – e homens –, enfrentando filas e incertezas, prazos e procedimentos que não foram cumpridos. Uma cirurgia de uma pessoa da família[27]foi cancelada três vezes, momentos antes de ser realizada. Resultado: a doença não foi interrompida, só progrediu, de forma impiedosa e avassaladora. As esperanças foram depositadas nas sessões de radioterapia e quimioterapia, na atenção dos profissionais que a acompanhavam e na força espiritual. E eis que somos pessoas conhecedoras dos trâmites e funcionamento do sistema, além de termos muitos contatos por aqui. E aqueles que a ninguém conhecem ou não têm condições para tal?

Nessa cadeia de serviços, está toda a fragilidade do sistema, feito por pessoas, cujo trabalho deveria estar voltado para elas, mas não, pois boa parte do sistema, em sua forma de prestação de serviços, é centrada nos procedimentos. Não que se negue o empenho de muitos profissionais que fazem essa rede e que oferecem a melhor assistência, mas ela não se conecta em toda a sua extensão. Seus elos são fracos, feitos de materiais distintos e pessoas com interesses diversos daqueles do sistema e dos usuários/pacientes. Acerca disso, vale aqui a noção de 'recursividade e circularidade'. As histórias vão se dando para cada sujeito de formas distintas, possivelmente porque não há vida igual à outra, mas suas experiências são muito próximas – comunidades de destinos. Na doença não é diferente e, sobretudo nela, vê-se a necessidade do humano ser mais humano e reconhecer-se como tal. *Não está ele aquém nem além do outro, antes, está em situação de encontro, de se ver como um ser no outro.*

27 Os autores referem-se ao genitor de Joselito Santos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Maria de *et al.* Admissão hospitalar de mulheres com câncer de mama: o papel da enfermagem. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 27, n.58, p. 337-343, jul./set., 2009. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.fez/PAdd1=3373&dd99=view>. Acesso em: 09 mar. 2012.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARENDT, Hannah. **Homens em tempos sombrios.** Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2008.

AUGÉ, Marc. **Não-lugares**: introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papirus, 1994.

ATLAN, Henri. Viver e conhecer. **Cronos**, Natal, v. 2, n. 2, 63-74, jul./dez., 2001.

BARBOSA, Maria da Conceição Alves. **O processo de descentralização do SUS**: a experiência de São José de Mipibú, RN, 2003. 230f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientadora: Professora Doutora Ilza Araújo Leão Andrade.

BARRETO, I.S.; MEDEIROS, M.; SILVA, O.V. Tendências da política de saúde no Brasil e os desafios para a solidificação do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**[online], Goiânia, v. 1, n.1, out./dez., 1999. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 08 jan. 2012.

BARROS, Denise Dias. **Itinerários de uma dor emissária**: loucura em territórios Dogon (África Oeste). 1998. 391f. Tese (Departamento de Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, SP. Orientador: Professor Doutor Fábio Rubens da Rocha Leite.

BAUMAN, Zygmunt. **A ética é possível num mundo de consumidores?** Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BAUMAN, Zygmunt. **Confiança e medo na cidade.** Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BAUMAN, Zygmunt. **Vida para consumo**: a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido:** sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BEZERRA, Luiz Gonzaga Medeiros. **O aborto provocado**: estudo explicativo de mulheres que procuram a Maternidade Escola Januário Cicco (UFRN). 1995. 202f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.

BOAS - BRASIL OLD AGE SCHEDULE.Disponível em: <www.unati.uerj.br/publi/ QuestionarioBoas.rtf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 6. ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 1999.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2012**: incidência de câncer no Brasil. INCA, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Educação. **ABC do Câncer:** abordagens básicas para o controle do câncer. INCA, 2011a. (Curso de Atualização)

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rede de Atenção Oncológica**. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. INCA, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2010**: incidência de câncer no Brasil. INCA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O que é câncer?** 2009a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 12 fev. 2009.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Divisão de Comunicação Social. **Direitos Sociais da Pessoa com Câncer**. INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2008**: incidência de câncer no Brasil. INCA, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Agência INCA de Notícias. 2007b. **Detecção precoce ajuda tratamento contra câncer de mama**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 2 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mamografia**: da prática ao controle – Recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Situação do câncer no Brasil.** 2006a. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2006:** Incidência do Câncer no Brasil. 2006b. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de mama.** 2006c. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648**, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. 2006d. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto-de-Gestao/portarias/GM-48.html>. Acesso em: 8 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação e Prevenção e Vigilância. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer de mama**: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Portaria n. 2.439**, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 10.223** de 10 de maio 15 de maio de 2001. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer. Brasília, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Resolução n. 196**, de 10 de outubro de 1996a. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [online]. Disponível em: <www.bioetica.ufrgs.br.res19696.htm>. Acesso em: 07 mar. 2012.

BRASIL. Leis e Decretos. **Art. 3.º da Lei 9.263/96, que regula o Parágrafo 7.º do Art. 226 da Constituição Federal**. 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer – PRO-ONCO. **Ações de enfermagem para controle do câncer**. Rio de Janeiro, 1995.

BRASIL. Leis e Decretos. **Lei n. 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. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRITO, Cláudia. **Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do sistema único de saúde no estado do Rio de Janeiro**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BRITO, Cláudia; PORTELA, Margareth Crisóstomo; VASCONCELLOS, Mauricio Teixeira Leite de. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro.**Revista de Saúde Pública**,São Paulo,v. 39, n. 6, p. 874-881, dez., 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600002>. Acesso em: 27 fev. 2012.

CAPRA, Fritjof. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2006a.

CAPRA, Fritjof. **O ponto e mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2006b.

CAPRA, Fritjof. **Sabedoria incomum**: conversas com pessoas notáveis. 13. ed. São Paulo: Cultrix, 2010.

CARVALHO, Ana Lucia de Souza. **Atenção ao usuário em um Centro de Referência HIV/AIDS em Natal/RN**: acolher, escutar, conhecer.2009. 95f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientadora: Professora Doutora Vânia de Vasconcelos Gico.

COHN, Amélia *et al.***A saúde como direito e como serviço**. São Paulo, Cortez, 1999.

COHN, Amélia. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez, 1997.

COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez, 1997.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. **Estratégias da igualdade:** saúde. Disponível em: <http://www.mj.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2001.

CRUZ NETO, Otávio. Dificuldades da relação médico-paciente diante das pressões do "mercado da saúde" (Opinião). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 307-308, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a23v08n1.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2011.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A proteção do direito à intimidade, a confidencialidade e o sigilo nas pesquisas em saúde. In: GUERRERO, Iara Coelho Zito; SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; ZICKER, Fabio. (Org.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 53-82.

ESCODA, Maria do Socorro Quirino. **Iniquidades em saúde**: uma extensão das desigualdades sociais no sistema público de saúde do Brasil (2003-2006). 2008. 173f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientador: Professor Doutor José Antônio Spinelli Lindoso.

FARAH, M. F. J. **Gênero e Políticas Públicas na Esfera Local de governo**. Trabalho baseado na Pesquisa "Incorporação da questão de gênero pelas políticas públicas na esfera local de governo", financiada pelo Núcleo de Pesquisas e Publicações da EAESP-FGV, da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. 2001.

FERNANDES, Suzana Carneiro de Azevedo. **As práticas educativas na saúde da família**: uma cartografia simbólica. 2011. 259f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientador: Professor Doutor José Willington Germano.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 18. ed. São Paulo: Graal, 2003.

FREIRE, Cacilda Aparecida; MASSOLI, Shirley Eliana. **A Assistência de Enfermagem às Pacientes com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico**. Batatais, 2006. Disponível em: <http://biblioteca.claretiano.edu.br/phl8/pdf/20003439.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2012.

FREYRE, Gilberto. **Sociologia da Medicina**. São Paulo: É Realizações, 2009.

GADELHA, Maria Inez Pordeus. Planejamento da assistência oncológica: um exercício de estimativas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 4, p. 533-543, 2002.

GERSCHMAN, Sílvia. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GICO, Vânia de Vasconcelos. **Biodireito e cidadania:** por uma outra perspectiva da saúde na velhice. Natal, RN 58f. Relatório de Pesquisa. (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2009.

GICO, Vânia de Vasconcelos; CARVALHO, Ana Lúcia de Souza. Aspectos comunicacionais na atenção e no cuidado em saúde. **The FIEP Bulletin**, Foz do Iguaçu, PR, v. 79, p. 12-16, 2009.

GICO, Vânia de Vasconcelos; COSTA, Eliane Medeiros; COSTA, Iris do Céu Clara. Sources of stress and how they cause illness in doctors.**Psicologia**: reflexão e crítica – UFRGS. Porto Alegre, RS, v. 21, p. 34, 2007.

GICO, Vânia de Vasconcelos; MEDEIROS, Robson Antão; DANTAS, Ivo. AIDS in the work place.**The FIEP Bulletin**, Foz do Iguaçu, PR, v. 75, p. 112-115, 2005a.

GICO, Vânia de Vasconcelos; MEDEIROS, Robson Antão; DANTAS, Ivo. Cartografando sentenças trabalhistas em tempos de Aids. **Acta Cirurgica Brasileira**, São Paulo, SP, v. 20, supl.1, p. 289-295, 2005b.

GICO, Vânia de Vasconcelos; MEYER, Patrícia Froes; COSTA, Iris do Céu Clara. A compreensão do corpo na formação profissional do fisioterapeuta. **Fisioterapia Brasil**, RJ, v. 8, p. 109, 2009.

GICO, Vânia de Vasconcelos; MEYER, Patrícia Froes; COSTA, Iris do Céu Clara. Ciências Sociais e Fisioterapia: uma aproximação possível. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, RJ, v. 13, n. 4, p. 877-890, out./dez., 2006.

GICO, Vânia de Vasconcelos; NOBRE, Itamar de Morais. O uso da imagem fotográfica no campo da sociologia da saúde: uma experiência na formação de alunos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, Brasil. **Interface**, Botucatu, SP, v. 13, n. 31, p. 425-436, 2009.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

GOLDMANN, Lucien. **Ciências Humanas e Filosofia**: o que é sociologia? Disponível em: <www.culturabrasil.org/goldmann.htm>. Acesso em: 14 ago. 2010.

GOMES JUNIOR, Saint Clair Santos; ALMEIDA, Rosimary Terezinha. Comparação do registro da produção ambulatorial em oncologia no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.1, p. 141-150, jan., 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102--311X2006000100015>. Acesso em: 26 fev. 2012.

GOMES JUNIOR, Saint Clair Santos; ALMEIDA, Rosimary Terezinha. Modelo de simulação para estimar a infraestrutura necessária à assistência oncológica no sistema público de saúde.**Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 25, n. 2, p. 113-119, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10. 1590/S1020-49892009000200003>. Acesso em: 27 fev. 2012.

KLIGERMAN, Jacob. Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.**Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 3-7, jan./fev./mar., 2002.

KLIGERMAN, Jacob. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2000. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 135-136, abr./mai./jun., 2000a.

KLIGERMAN, Jacob.A ampliação da assistência oncológica no Brasil (Editorial). **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, out./nov./dez., 2000b.

KLIGERMAN, Jacob. O desafio de se implantar a Assistência Oncológica no SUS (Editorial). **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 235-239, jul./ago./set., 2000c.

KLIGERMAN, Jacob. Desafios para a oncologia brasileira no novo milênio (Editorial). **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, out./nov./dez., 1999.

KLIGERMAN, Jacob. O papel do INCA na Prevenção e Controle do Câncer no Brasil (Editorial). **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 5-7, jan./fev./mar., 2001.

LEVCOVITZ, E. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Caderno Saúde daFamília**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 3-8, jan./jun., 1997.

LUZ, Madel Terezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80. **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, p. 27-32, jun., 1991.

LUZ, T. Luz. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2005.

MARTINS, Carlos Henrique Fernandes. **Ambiente de informações para apoio à decisão dos gestores do controle do câncer de mama**. 2009. 120f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina**: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MARX, Karl. O método da economia política. In: ___. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 246-263.

MATTOS, J. V. **Atenção à saúde da mulher**. Disponível em: <http://www.polis.org.br/publicações>. Acesso em: 22 dez. 2001.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. p. 37-45.

MATURANA, Humberto. **Emoções e linguagem na educação e na política**. 3. ed. Belo Horizonte: EDUFMG, 2002.

MATURANA, Humberto. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. 3. ed. Belo Horizonte: EDUFMG, 2001.

MEDEIROS, Hélcio Pacheco de. **Nas ondas do rádio**: conversando sobre Saúde Reprodutiva. 2004. 104f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio grande do Norte, Natal, RN, 2004. Orientadora: Professora Doutora Vânia de Vasconcelos Gico.

MEDEIROS, Maria José. **Hedonismo e alcoolismo no ato de beber**: do prazer ao padecer.1999. 153f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientação: Professora Doutora Norma Takeuti.

MEDEIROS, Mario Lourenço de. **Razão e discurso**: os católicos e o controle danatalidade. 1996. 76f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientador: Professor Doutor José Willington Germano.

MEDEIROS, Robson Antão de. **As relações de trabalho em tempos de AIDS**. 2005. 110f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientadores: Professores Doutores Ivo Dantas e Vânia de Vasconcelos Gico.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MENDOSA, Douglas. **Tensões em torno da efetivação do direito à saúde no Sistema Único de Saúde**. 2006. 124f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-05032007-232241/php>. Acesso em: 26 fev. 2012.

MERHY, Emerson Elias. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. 1998. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>. Acesso em: 10 maio 2011.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**:a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. **Integralidade**: implicações em xeque. 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-13.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2011.

MERHY, Emerson Elias. **O SUS e um dos seus dilemas**: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). 1996. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf>. Acesso em: 05 maio 2011.

MEYER, Patrícia Froes. **A compreensão da corporeidade na formação profissional do fisioterapeuta.** 2005. 92f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientadoras: Professoras Doutoras Iris do Céu Clara e Vânia de Vasconcelos Gico.

MORAES, Anaelena Bragança *et al.* Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2219-2228, out., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/21.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2012.

MORIN, Edgar. **A religação dos saberes**:o desafio do século XXI. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002a. (Jornadas temáticas idealizadas e dirigidas por Edgar Morin).

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

MORIN, Edgar. **O método 1**: a natureza da natureza. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2008.

MORIN, Edgar. **O método 5:** A humanidade da humanidade: a identidade humana. Porto Alegre: Sulina, 2002b.

MORIN, Edgar. **O método 6**: ética. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, Edgar. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. 8. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2003.

MORIN, Edgar; LE MOIGNE, Jean-Louis. **A inteligência da complexidade**. São Paulo: Peirópolis, 2000.

MUNHOZ, Carlos Airton Severo. **Câncer de mama e organização de serviços**: do atendimento básico à referência na Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera, no município de São Paulo. 2009. 92f. Mestrado (Saúde Materno-Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-24082009-152950/pt-br.php>. Acesso em: 27 fev. 2012.

NAFFAH FILHO, Michel; CECÍLIO, Mônica Aparecida Marcondes. Subsídios para um novo modelo de atenção ao câncer no Estado de São Paulo. In: **Planejamento de Saúde**: Conhecimento & Ações 2006. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento de Saúde. 2006, p. 149-145.

NICOLESCU, Basarab. **O manifesto da transdisciplinaridade**. São Paulo: Triom, 1999.

NOBRE, Itamar de Morais. **A fotografia como narrativa visual**. 2003. 145f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN. Orientadora: Professora Doutora Vânia de Vasconcelos Gico.

NOBRE, Itamar de Morais. **Revelando os modos de vida da Ponta do Tubarão**. 2005. 274f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientadora: Professora Doutora Vânia de Vasconcelos Gico.

NOTÍCIAS DE SAÚDE. Lei de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável – O Planejamento Familiar no Brasil. **Notícias da Saúde**, 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://www.boasaude.br>. Acesso em: 3 fev. 2002.

OLIVEIRA, Francisca Valda Silva de. **Associação Brasileira de Enfermagem**: mudanças e continuidades – a propósito do Movimento Participação (1979-1989), 1990. 270f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientador: Professor Doutor Dacier Barros e Silva.

OLIVEIRA, Lucineire Lopes de Oliveira.**Política de atenção à saúde do idoso em Mossoró, RN**: potencialidades e possibilidades para promoção do envelhecimento saudável no estado do Rio Grande do Norte. 2011. 198f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação

em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientadora: Professora Doutora Vânia de Vasconcelos Gico.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Nações Unidas. Nova York, 1946. Disponível em: <www.onuportugal.pt>. Acesso em: 10 mar. 2012.

OSIS, M. J. D. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 05 jun. 2002.

PADILHA, Roberto; MALIK, Ana Maria *et al.***Modelo tecno-assistencial do mercadosupletivo, seus atores e a qualidade de assistência:** oncologia - Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo: Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP-HSL), 2007. (Relatório final do Projeto de Centro Colaborador da ANS). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/memoriaeventos/modelo//tecnoassistencial_atores_qualidade//assistencia_oncologia.ppt>. Acesso em: 09 mar. 2012.

PARADA, Roberto *et al.* A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer. **Revista APS**, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun., 2008.

PATCH ADAMS: **o amor é contagioso**. Direção de Tom Shadyac. Roteiro de Steve Oedekerk. Estados Unidos, 1998, 115min. 01 DVD.

PERES, L. A. **Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil**. Universidade Estadual de Campinas, 1997. Disponível em: <http://www.hospivirt.org.br>. Acesso em: 05 fev. 2002.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007.

PINOTTI, José Aristodemo *et al.***Atendimento integral à saúde da mulher**. Trabalho apresentado na reunião sobre a Saúde da Mulher na Aliança para a Saúde das Mulheres da OMS/FIGO realizada no Banco Mundial, Washington, DC, outubro, 1998. Disponível em: <http://www.saudeprev.com/perola.php>. Acesso em: 12 nov. 2001.

REDESAÚDE. **Cartilha Saúde Materna:** Componente Essencial dos Direitos Reprodutivos. Disponível em: <http://redesaude.org.br/html/body_ct-sm.cap1.html>. Acesso em: 02 jan. 2002.

RÊGO, Ângela Cristina Freire Diógenes. **A difícil institucionalização de gestões participativas:** os Conselhos Municipais de Saúde. 2002. 104f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.

RICHARDSON, Robert Jerry, *et al.*(Org.). **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROCHA, Paulo de Medeiros. A saúde no Brasil contemporâneo. In: CASTRO, Janete Lima de; FORMIGA, Jacinta Maria Morais; VILAR, Rosana Lúcia Alves de (Org.). **Política e gestão em saúde**: reflexões e estudos. Natal, RN: Observatório RH NESC/UFRN, 2006, p. 69-93.

ROLIM NETO, Modesto de Leite. **Transtorno mental e os golpes do destino**: as representações sociais sobre a depressão e o suicídio. 2005. 84f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Coorientação: Professora Doutora Vânia de Vasconcelos Gico.

SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **As vozes do mundo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009. (Reinventar a emancipação social: para novos manifestos, v. 6)

SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. (Reinventar a emancipação social: para novos manifestos, v. 1)

SANTOS, Daniela Barsotti; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011.

SANTOS, Joselito. **Narrativas de mulheres mastectomizadas sobre o câncer de mama**: ouvindo a palavra, entendendo o corpo e o envelhecimento. 156f. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientadora: Professora Doutora Vânia de Vasconcelos Gico.

SANTOS FILHO, Ivanaldo Oliveira dos. **Conselho Municipal de Saúde**: a experiência de Natal, RN (1991-2010), 2002. 200f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientador: Professor Doutor José Antônio Spinelli Lindoso.

SANTOS, S. R. *et al.*Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 266-71, jun., 2000.

SCHNEIDER, Luiz Carlos. **O imaginário social da boca na Odontologia**. 2002. 167f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientadora: Professora Doutora Vânia de Vasconcelos Gico.

SCHRAIBER, Lilia B. Lima. Quando o 'êxito técnico' se recobre de 'sucesso prático': o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. (Debatedores). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3041-3042, jul., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/03.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2011.

SCHRAIBER, Lilia B. Lima. O **médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo &Rothschild, 2008.

SECOLI, Silvia Regina; PADILHA, Kátia Grillo; LEITE, Rita de Cássia Burgos de Oliveira. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 331-337, out./nov./dez., 2005.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Breve Histórico dos Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil**. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br>. Acesso em: 12 dez. 2001.

SHIVA, Vandana. **Monoculturas da mente**: perspectivas da biodiversidade e da biotecnologia. São Paulo: Gaia, 2003.

SHIVA, Vandana. **Biopirataria**: a pilhagem da natureza e do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 2001.

SILVA, L. A. S. R. **Estimativas 2006**: Incidência de Câncer no Brasil(Apresentação). Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2006.

SILVA, L. A. S. R. **Estimativa 2010**: Incidência de Câncer no Brasil (Apresentação). Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

SILVA, Z. P. O Município e a Descentralização da Saúde. São Paulo em Perspectiva, v. 10, n. 3, 2006.

SILVA, Lenina Lopes Soares. **Lembranças de alunos, imagens de professores**: narrativas e diálogos sobre formação médica. 2006. 185f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientador: Professor Doutor José Willington Germano.

SOARES, N. R. F.; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. **Revista de Educação Pública** (online). Cuiabá, v.9, n.16, jul/dez, 2000. Disponível em: <http://ufmt.br/revista/arquivo/revista10/as_políticas_de_s.html> Acesso em: 12 jan. 2002.

SUPLICY, Marta. **Conferência da Mulher.** Disponível em: <http://www.evirt.com.br/mulher/cap23.htm>. Acesso em: 05 jan. 2002.

TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e as práticas de saúde. **Botucatu**, v. 1, n.1, 1997.

THULER, L.C.; MENDONÇA, G.A. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo de útero em mulheres brasileiras. **Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n.11, p. 656-600, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S0100--72032005001100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 mar. 2012.

TOSCANO, Geovânia da Silva. **Extensão universitária e formação cidadã**: a UFRN e a UFBA em ação. 2006. 380f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientadora: Professora Doutora Vânia de Vasconcelos Gico.

UNESCO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). Disponível em: <http://www.onu.org.br/onu--no-brasil/unesco>. Acesso em: 10 mar. 2012.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. **Atores e interesses na implementação da reforma sanitária no Rio Grande do Norte**. 1997. 270f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientador: Professor Doutor José Willington Germano.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de. Política e gestão no SUS: uma interação conflitiva. In: CASTRO, Janete Lima de; FORMIGA, Jacinta Maria Morais; VILAR, Rosana Lúcia Alves de. (Org.). **Política e gestão em saúde**: reflexões e estudos. Natal, RN: Observatório RH NESC/UFRN, 2006, p. 49-68.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Pesquisa investiga sexualidade das afetadas pelo câncer de mama. Agência **FAPESP** – pesquisa (Karina Toledo). Disponível em: <http://www.printfriendly.com/print?url=htt//agencia.fapesp.br//15332>. Acesso em: 9 mar. 2012.

VILAR, Rosana Lucia Alves de. **Participação social em Saúde**: a experiência de Natal/RN. 1997. 230f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN. Orientador: Professor Doutor José Willington Germano.

VILAR, Rosana Lucia Alves de. **A Política de Humanização e a estratégia saúde da família**: visões e vivências. 2009. 205f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientador: Professor Doutor José Willington Germano.

WANDERLEY, Fernanda Maria Tomé. **Esquizofrenia e Família**: notas sobre o processo de esquizofrenização, 1990. 170f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Orientador: Professor Doutor Maurício Roberto Campelo de Macedo.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva.v. 2. Brasília: UNB, 1999.

SITES CONSULTADOS

regional.bvsalud.org/php/index.php (Biblioteca Virtual em Saúde).

www.scielo.br (Scientific Electronic Library Online).

www5. prossiga.br/basesdedados (Bases de dados brasileiras na internet).

www.usp.br/sibi (Portal de Serviços do SIBiUSP).

www.usp.br/sibi/biblioteca/cat_global.htm (DEDALUS - Banco de Dados Bibliográficos da USP, Catálogo on-line das bibliotecas do SIBi/USP).

www.capes.gov.br; http://periodicos.capes.gov.br/; http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses (Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Teses e Periódicos).

www.cnpq.br (CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Periódicos); http://dgp.cnpq.br/diretorioc/html/infogeral/index.html (Diretório dos Grupos no Brasil - Pesquisas em Andamento).

www.ibict.br (Instituto Brasileiro de Ciência e Tecnologia – IBICT, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações - BDTD).

www.inca.gov.br.

www.inca.gov.br/vigilancia.

www.datasus.gov.br.

www.saude.gov.br.

www.dep.iarc.fr (em inglês).

www.proquest.com.br.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

Tabela 1 – Perfil socioeconômico das mulheres
Tabela 2 – Antecedentes ginecológicos e obstétricos
Tabela 3 – Realização e periodicidade do exame preventivo das mulheres
Tabela 4 – Estilo de vida das mulheres
Tabela 5 – Faixa-etária das mulheres no momento do diagnóstico da doença
Tabela 6 – Estágio da doença e início do tratamento
Tabela 7 – Antecedente familiar e número de casos da doença na família
Tabela 8 – Conhecimento das mulheres acerca de seus direitos
Tabela 9 – Direitos e benefícios recebidos pelas mulheres
Tabela 10 – Dificuldades das mulheres para receber assistência
Tabela 11 – Sugestões das mulheres para a melhoria da assistência
Tabela 12 – Satisfação das mulheres com a assistência recebida
Gráfico 1 – Fatores de risco para o câncer
Quadro 1 – Ações passíveis de detecção precoce segundo a localização do câncer
Quadro 2 – Recomendações e orientações para detecção precoce do câncer de mama

LISTA DE SIGLAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABIFICC	Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer
ABIFICC	Associação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Combate ao Câncer
ACC	Atividade Curricular em Comunidade
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
AIS	Ações Integradas de Saúde
APAC	Autorização para Procedimento de Alta Complexidade
APS	Atendimento Primário à Saúde
BOAS	Brazil Old Age Schedule
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CCHLA	Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho Municipal de Saúde
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DNA	Deoxyribonucleic Acid
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECM	Exame Clínico da Mama
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Papiloma virus Humano
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto de Circulação de Mercadorias e Sobre Prestação de Serviços
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPI	Imposto Sobre Produtos Industrializados
IPTU	Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto de Propriedade de Veículos Automotores
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MP	Movimento Participação
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAC	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PAISM	Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIS	Programa de Integração Social
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PPGCS	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais
PRO-ONCO	Programa de Oncologia
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RDS	Reserva de Desenvolvimento Sustentável
RHC	Registros Hospitalares de Câncer
SACI	Saúde e Cidadania
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SFH	Sistema Financeiro de Habitação
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VIGESCOLA	Vigilância de Tabagismo em Escolares
WHO	World Health Organization

APÊNDICE A – ROTEIRO NORTEADOR PARA ENTREVISTA COM AS PACIENTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
- DOUTORADO

Roteiro para coleta de dados da Pesquisa intitulada "**Itinerário da assistência a portadoras de câncer de mama em um centro de referência no estado da Paraíba**", do doutorando Joselito Santos, sob a Orientação da Profa. Dra. Vânia de Vasconcelos Gico, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

Questionário nº. .....

Data da coleta: ___/___/2010

QUESTÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA

1 Quais os setores em que a senhora recebeu assistência?

() Radioterapia
() Quimioterapia
() Radioterapia e quimioterapia
() Serviço social
() Psicologia
() Fisioterapia

2 Enfrentou dificuldade(s) para receber assistência?
() Sim () Não

2.1. Se sim, qual(is)?
() Acesso a exames
() Acesso à cirurgia
() Transporte
() Burocracia

3 Gostaria de fazer alguma(s) sugestão(ões) para melhoria da assistência?
() Sim () Não

3.1 Se sim, qual(is)?
() Disponibilizar mais exames
() Redução do tempo de espera de exames
() Facilitar a realização da cirurgia
() Mais profissionais
() Reduzir burocracia
() Outro

4 Conhece o(s) direito(s) do paciente com câncer?
() Sim () Não

4.1 Se sim, qual(is)?
() Aposentadoria
() Auxílio-doença
() FGTS
() Tratamento
() Financiamento de automóvel
() Medicamento
() Prótese
() Outro

5 Quanto à assistência recebida, a senhora está?
() Muito satisfeita () Satisfeita () Indiferente () Insatisfeita () Muito insatisfeita

QUESTÕES SOBRE A DOENÇA

1 Quantos anos tinha quando recebeu o diagnóstico da doença?
() Entre 30 e 39 anos
() Entre 40 e 49 anos
() Entre 50 e 59 anos
() Entre 60 e 69 anos
() Mais de 70 anos

2 Estilo de vida?
() Tabagismo
() Etilismo
() Atividade física
() Dieta

3 Realizava exame preventivo periodicamente?
() Sim () Não

3.1 Se sim, que tipo de exame?
() Mamografia
() Exame clínico das mamas
() Ultrassonografia

3.2 Com que periodicidade?
() Anualmente
() A cada dois anos

4 Quando ocorreu a primeira menstruação (menarca)?
() Antes dos 10 anos
() Entre 10 e 12 anos
() Entre 12 e 14 anos
() Entre 14 e 16 anos
() Acima de 16 anos
() Não lembra

5 Quanto a filhos?
() Não tem filhos
() De 1 a 3 filhos
() De 3 a 6 filhos
() Mais de 6 filhos

6 Em tendo filho, a primeira gestação se deu a termo acima dos 30 anos?
() Sim () Não

7 Uso de anticoncepcionais orais?
() Sim () Não

8 Uso de reposição hormonal?
() Sim () Não

9 Estava na menopausa quando recebeu o diagnóstico da doença?
() Sim () Não

10 Quando entrou na menopausa?
() Antes dos 40 anos
() Entre os 40 e 45 anos
() Entre os 45 e 50 anos
() Entre os 50 e 55 anos
() Mais de 55 anos

11 Procurou assistência após o diagnóstico?
() Sim () Não
    11.1 Se sim,
    () Imediatamente
    () Tardiamente

12 Encontrou essa assistência?
() Sim () Não

13 A doença foi detectada em estágio avançado?
() Sim () Não

14 O tratamento foi iniciado
() Imediatamente
() Tardiamente

15 Há quanto tempo está em tratamento?
() Menos de 6 meses
() Entre 6 meses e 1 ano
() Mais de 1 ano

16 Existe(m) caso(s) de câncer de mama na família?
Sim () Não ()
16.1 Se sim, quantos? .....

16.2 Qual membro da família?
() Mãe
() Avó
() Tia
() Irmã
() Prima

PERFIL DAS MULHERES

1Faixa etária
() Entre 30 e 39 anos
() Entre 40 e 49 anos
() Entre 50 e 59 anos
() Entre 60 e 69 anos
() Mais de 70 anos

2 Tipo de ocupação
() Do lar
() Agricultora
() Autônoma
() Aposentada
() Pensionista
() Outra

3 Programas de governo e seguridade social
() Auxílio-doença
() Bolsa Família
() Outro

4 Renda familiar
() Menos de 1 salário mínimo
() 1 salário mínimo
() Mais de 1 salário mínimo

5 Nível de escolaridade
() Não alfabetizada
() Alfabetizada
() Ensino Fundamental (nível 1 incompleto)
() Ensino Fundamental (nível 1 completo)
() Ensino Fundamental (nível 2 incompleto)
() Ensino Fundamental (nível 2 completo)
() Ensino Médio (incompleto)
() Ensino Médio (completo)
() Ensino Superior (incompleto)
() Ensino Superior (completo)
() Pós-Graduação

6 Estado civil
() Casada
() Solteira
() Viúva
() União estável
() Separada
() Divorciada

7 Origem
() Campina Grande
() Outro município

8 Se de outro município:

8.1 Recebe ajuda para se deslocar para Campina Grande?
() Sim () Não

8.1.1 Se sim, de quem?
() Poder público
() Familiares
() Amigos
() Outro

8.1.2 Que tipo de ajuda?
() Financeira
() Alimentação
() Passagem
() Transporte
() Hospedagem
() Outra

8.1.3 Fica hospedada onde?

() Abrigo filantrópico
() Casa de familiares
() Casa de amigos
() Outro

9 No cotidiano de sua vida, enfrenta dificuldade(s) para enfrentar a doença?

() Sim () Não

9.1 Se sim, qual(is)?

() Realizar as atividades cotidianas
() Deslocamento até o hospital
() Medicamento
() Financeira
() Emocional
() Outra

A Professora **Vânia de Vasconcelos Gico** foi uma das fundadoras, em 1992, do Grupo de Pesquisa "Cultura, Política e Educação", que se constituiu em um dos primeiros a integrar o Diretório dos Grupos de Pesquisa do Brasil, organizado pelo CNPq, e a realizar a interface entre as Ciências Sociais e as Ciências da Saúde na UFRN. Assim, além de partilhar a liderança do Grupo, ela desenvolve um intenso trabalho de pesquisa e orientação acadêmica, da iniciação científica ao doutoramento, o que tem resultado em publicações, no Brasil e no exterior, de livros, artigos, capítulos de livro e textos integrais apresentados em eventos nacionais e internacionais da maior importância. Mantém, na atualidade, além das suas atividades na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e no Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN), uma notória e bem sucedida inserção internacional, como pode ser exemplo a coordenação do Grupo BOA-VENTURA, fundado em 2004, conectado ao Centro de Estudos Sociais (CES), da Universidade de Coimbra (Portugal), coordenado pelo Professor Boaventura de Sousa Santos, um dos nomes mais expressivos das Ciências Sociais contemporâneas, cuja obra vem sendo repositório basilar para os vários trabalhos desenvolvidos no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN. O investimento do PPGCS na produção científica docente e discente tornou possível a publicação da "Coleção 10 anos do Grupo Boa-Ventura", à medida que enriquece as conexões de intercâmbio e convênios com outras instituições acadêmicas e viabiliza a parceria entre a EDUFRN e o CES.

O professor **Joselito Santos** integra, com a professora Vânia de Vasconcelos Gico, o Grupo de Pesquisa "Cultura, Política e Educação", da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, na promoção do diálogo das Ciências Sociais com as Ciências da Saúde. Coordena o Grupo de Pesquisa "Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional" na Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), em Vitória da Conquista – BA, na qual participa do Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão (NPPE), onde desenvolve pesquisas sobre doença, corpo e envelhecimento. É responsável pela coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa institucional, com interesse especial na reflexão sobre ética em pesquisa, ética profissional e ética da vida. Desenvolve suas reflexões acadêmicas, sobretudo, na abordagem transdisciplinar do conhecimento, pautada nas reflexões contemporâneas sobre o pensamento complexo, em especial, na perspectiva de complexidade sugerida por Edgar Morin para repensar a educação pela ótica da religação de saberes e facilitar uma política de civilização e de humanidade.

Este livro focaliza a assistência a mulheres com câncer de mama, oferecida por um Hospital-Escola, que mantém, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), um Centro de Referência no estado da Paraíba. Como o propósito foi identificar como essa assistência é realizada, buscou-se conhecer o perfil dessas mulheres, suas dificuldades e o seu nível de satisfação com a assistência recebida. Os resultados deste estudo indicam que a maioria das mulheres: era casada e tinha entre 40 e 59 anos de idade, faixa etária que corresponde à de risco para o desenvolvimento do câncer de mama; era do lar e/ou aposentada; dispunha de uma renda familiar abaixo e/ou igual a um salário mínimo; apresentava baixo nível de escolaridade, com ensino fundamental completo ou incompleto. Constatou-se, ainda, que a maioria dessas mulheres mostrou-se satisfeita com a assistência recebida, por percebê-la como favor e não como direito. Como direitos, reconheceram e destacaram o recebimento do auxílio-doença, do medicamento e do tratamento, tríade, para elas, fundamental para o enfrentamento da doença. Concluiu-se com este estudo que tanto a condição de mínimo existencial das usuárias de uma unidade pública de saúde quanto a condição de pertencimento a um baixo estrato social influenciaram no bom nível de satisfação das entrevistadas em relação à assistência recebida. Considera-se, por fim, quanto ao Centro de Referência, que, mesmo impactado pelas deficiências da rede de serviços do sistema público de saúde, foi/é fundamental para a assistência às mulheres com câncer de mama que fizeram parte da investigação.

CCHLA UFRN
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN
Casa das Áfricas
UNI-RN
COOPERATIVA CULTURAL
Grupo de Pesquisa
Cultura, Política e Educação

ISBN 978-85-425-0110-0